



## السل مرض مكتسب ووراثي :

أولاً : ينتقل مكروبه الظاهر - غالباً - بالبصاق من العليل الى السليم .

ثانياً : ينتقل «فيروسه» الخفي - المرتشح من الحامل ، المصابة به ، الى جنينها .

والمكتسب منه ، أكثر انتشاراً وأشد وطأة من الوراثي .



# الفصل الاول

## بحث عام

مكروب السل : حياته - مقاومته .

دوره الظاهر : انتشاره .

دوره الخفي : انتقاله الى الجتين .

اختلافه في الشعوب .

في كل مجتمع - وعلى الخصوص مجتمع السيدات - يجرى على اللسان ذكر الأقرباء والأصدقاء والسؤال عن صحتهم وعن تزوج منهم. أو طلق أو رزق غلاماً. أو فارق الحياة. فإذا قيل فلان طريح الفراش من زمن طويل، يشكو الهزال والسعال، ردّد الحاضرون هذه الكلمة : « مكين ! انه لن يعيش كثيراً انه مصاب بالسل » .

ليس أدل على الجهل من هذا الوهم . انه قول هراء . وظن خاطيء . ان ابعاد شيء عن الصواب اعتقاد السواد الأعظم من الناس أن السعال هو الدليل الوحيد على الإصابة بالسل . ما كل من يشكو السعال مصاب بالسل وليس كل مصاب بالسل يشكو السعال . لأن السل الرئوى ( السحاف ) مرض قائم بذاته ، يختلف عن الأمراض الصدرية الأخرى المصحوبة مثله بالسعال .

ومع أن هذا المرض قديم في تاريخ البشر ، وقد وصفه لنا أبو قراط الطبيب اليوناني الشهير، الا أن الالمام به لم يبلغ شأواً مذكوراً قبل القرن السابع عشر،

ومعرفتنا العلمية الصحيحة لم تبدأ إلا في أواخر القرن التاسع عشر، أي سنة ١٨٨٢، حيث اكتشف ميكروب المرض العالم الألماني الدكتور روبرت كوخ في برلين (١) فوضع لنا حجر الأساس لهذا العلم الجديد. وبواسطة محوئه القيمة في أسباب التدرن، فتح لنا بابا جديدا للدرس والتنقيب.

فعرفتنا حقيقة هذا المرض لم تبدأ أذن إلا منذ خمسين عاما تقريبا. ولذلك فأننا نرى العلماء لا يزالون في حاجة إلى مواصلة البحث وتوسيع نطاق معرفتهم، لوقاية الأصحاء وشفاء المصابين.

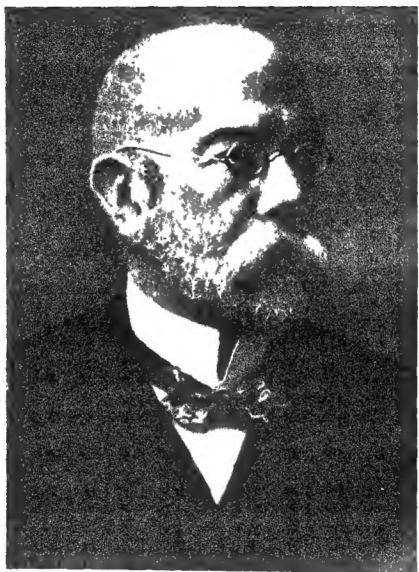
ينتج مرض السل عن جرثومة نباتية تشبه الأنوبية، تظهر، على شريحة المجهر (٢) بعد تلوينها، ساكنة، منحنية الشكل قليلا، زاهية منفردة أو مزدوجة أو جماعات كثيرة. طول الواحدة يتفاوت بين جزئين وأربعة في الألف من المليمتر. وعرضها بين عشرين وخمسة أعشار من جزء واحد في الألف من أجزاء المليمتر.



تاتلس كوخ، كما يظهر تحت المجهر، ضمن جزء صغير من عذبة حاوردية. سميت هذه الجرثومة (أو الميكروب): «باشاس كوخ» نسبة إلى المكتشف، ويمكنها، بدون غذاء أن تعيش في الظلام أو في البصاق الجاف من تسعة إلى

Robert Koch. Berlin. (١)

Microscope (٢)



کوخ



عشرة أشهر. ولكنها تموت اذا عرّضت ثلاثة أيام لحرارة الشمس . وتموت في الماء المغلي أو البخار ، بعد دقيقة واحدة ، في حرارة درجتها ٨٥ سانتيفراد . وبعد دقيقتين ، في حرارة ٧٨ . وبعد ثلاث دقائق ، في حرارة ٧٣ وبعد خمس دقائق ، في حرارة ٧٠ . وبعد ١٥ دقيقة ، في حرارة ٦٥ . وتموت بعد ساعتين ، اذا وضعت في محلول السليمان بنسبة ٥ في المئة . وبعد ٢٢ ساعة ، في محلول حامض الفينيك بنسبة ٥ في المئة .

قد يترامى لغير الأطباء أو الصيادلة أو مساعديهم أن هذه التفاصيل لا شأن لها ، ولكن حين يقفون حياري أمام مصادر العدوى من أمتعة وأواني ملوثة بالمكروب ، أولين في حاجة الى التعقيم ، يدركون ما لهذه التفاصيل من شأن وخطورة .

في عام ١٩١٠ ، أي بعد ثلاثين عاما تقريبا من تاريخ اكتشاف باشلس كوخ ، اكتشف الاستاذ فوتس البرازيلي (١) سمومه المرتشحة وأيده جمهرة من العلماء (٢) في استنتاجه أن حياة هذا المكروب دورين : الظاهر ، والخفي .

ففي دوره الظاهر تراه بالمجهر كما سبق وصفه - أو كجيبات «موك» - . ولا تراه في دوره الخفي . ولا تستطيع عزله بالترشيح عن السائل الذي يكون فيه . ولكن ، احقن بهذا السائل حيوانا سليما ، تر ، بعد حين ، اعراض التدرن فيه بصورة خفيفة .

#### دوره الظاهر :

نسميه بحسب تاريخه «دور كوخ» . اذا ظهر في الرئة ، وجب عزل المريض

---

(١) A. Fontès (Brazil) لا يزال الا تاذ فوتس عائشا . وهو الآن مدير معهد اوزوالدو - كروز في ريو - دي - جانيرو .  
Institute Oswaldo-Cruz; Rio-de-Janeiro .  
(٢) انظر آخر صفحة ١٦ .



في أماكن بعيدة عن الناس ومساكنهم .

فإذا سألت سائل : « هل رثات البشري الأعضاء الوحيدة التي يأوى إليها هذا المكروب ويفتك بها ؟ » أجبت لا فإنه يصيب معظم أعضاء الجسد وأجزائه : كالجلد والعظام والأغشية السحائية والغدد والأمعاء والكبد والبنكرياس والكلى والطحال والقلب والأعضاء التناسلية والمجاري البولية وما إليها ، ويحدث فيها تدرن . ولذلك سمي : « مرض التدرن » . ويكاد لا ينجو حيوان من شره . فأننا نجد التدرن في الكلاب والقطط والخنازير والدجاج والأرانب والسلاحف والتعابين والبقر وغيرها .

وهنا البلاء . فالإنسان يشكو إلى طبيبه فيصف له الدواء ، ويتخذ الاحتياطات اللازمة لمنع تسرب العدوى إلى من حوله ، ولكن الحيوان ، كالحر والكلب ، لا يعلم ما به ولا يفتنه إلى حاله أحد من أهل البيت ، حتى يستفحل الداء وأوضح أعراضه السعال (١) . فيكون قد نشر العدوى مدة طويلة بالنوم على السرير ولحس الأيدي والخنود والشعاع .

أسوق هذا إلى المغرمين بالقطط والكلاب تنبيهاً لهم إلى الخطر المحدق بهم . أما الخطر الناجم من أكل لحوم البقر وغيرها من الحيوانات المدرنة ففني عن الإيضاح . ويجب الانتباه إلى تعقيم هذه اللحوم . وهذا في الواقع ما فعله بفليها عند طبخها .

أما المكروب في اللبن فموضوع يجب البحث فيه على حدة لأنه على جانب عظيم من الخطورة . فأننا نترب اللبن وتغذه عذاء أولياً لأطفالنا ونأكل ما يستخرج منه كالزبدة والجبن وغيرها . فإذا يحمل بيا وبأولادنا إذا كان هذا الغذاء ملوثاً بجراثيم التدرن ؟ هنا تتجسم خطورة المهمة التي تأخذها على عاتقها

---

(١) الحيوان العصاب تدرن الرئة يعمل ولكنه لا يعرف التيب أو الصق . هـ و في دلائل كالأطفال .



فوتس



مصلحة الصحة العامة من فحص الحيوانات ولحومها وألبانها ومراقبة الحوانيت التي تباع فيها للجسمور .

أما كيف ينتقل المكروب من العليل الى السليم ، فوضع جدير باهتمامنا ، لأنه أ كثر أنواع العدوى شيوعا . ولا تنقله واسطتان :

تنتقل العدوى بالبصاق السائل ، الذي يحمل بأشلس كوخ أو مكروب السل . يقذفه العليل بالسعال رشاشا لا تراه العين فيستنشفه السليم اذا كان على مقربة منه . لذلك ينبغي أن نظل بعيدين عن المصاب ، مسافة متر على الأقل . اذا أردنا التحدث اليه .

ينتقل بالبصاق الجاف ثيره الهواء العاصف والكناسون في الشوارع فيطيار الى انوف المارة والجالسين في المقاهي .

وتسرى باللمس عند استعمال أثاث أو ثياب أو أدوات كأدوات الطعام والشراب مثلا انى تكون . تلوث بالمكروب ولم تعقم . وباللمس والاحتكاك ، مباشرة ، من الجلد المتدرن .

لقد ألفنا في الشرق رؤية الناس يصقون يميننا ويساراً في الشوارع والطرق وعلى الأرصفة وفي داخل الأبنية والترمواي بلا وازع ولا رادع . على أن هذا يجب أن يمنع منعا باتا ويجازى عليه فاعله ، اذا أردنا أن نراعى شروط الصحة العامة ، كما تقضى المدنية الصحيحة .

نعم للمصريين مثلا بعض العذر في هذه العادة الذميمة . وهو كثرة النبار المتجمع في جو بلادهم ، يعلق بحيازيمهم وانوفهم وحلقهم فيسبب العطاس والسعال والبصاق . وليت الناس في هذه الحال يتمودون استعمال المناديل . قف في محطة القاهرة عند قيام الفطار ، ولاحظ كيف يلوح المودعون

بالمناذيل المستعملة والجاهير تحيط بهم، تر، بالخيال المجهرى، للمكروبات المختلفة - وربما مكروبات السل - تتناثر وتطير ذات اليمين وذات الشمال فتلتصقها الأنوف والأفواه وأصحابها في غفلة عما يتسرب الى اجسامهم من جواسيس الداء وعماله السريين !

### دوره الخفى :

ما اسميه باسم مكتشفه : « دور فوتنس » - أو « فيروس السل الراشح » (١) أو ميكروب السل غير المنظور، الذى لا يرى بالمجهر ولا يمكن فصله بواسطة الجهاز الترشيحي عن السائل الذى هو فيه . يسري مع الدم الى جميع أجزاء الجسم ويستقر فى بعض أ زائه ويصل بالدورة الدموية المشيمية (٢) الى الجنين ، فى بطن أمه ، ينشئ فيه الاستعداد للداء - وأحيانا الداء نفسه - قبل الولادة .

يعود الفضل الأول ، فى التثبت من انتقال العدوى للجنين البشرى ، الى مراقبات الطيبين الفرنسيين ارلوان ودوفور (٣) . ذلك فى ٢٦ مارس ١٩٢٦ . وقد أصبحت هذه المعرفة ثابتة ولو تشعبت الآراء فى فروعها بين المشتغلين بهذا الفن فلاستاذ كالميت يقول : أن هذا « الفيروس » الراشح أقل تخريباً من « الباشلس » الجسم . أى أن الميكروب ، فى دوره الخفى ، أضعف منه فى دوره الظاهر . ولدنيا من تجارب نطس الأطباء ، أرباب الفن ، ما يثبت انتقال العدوى الى الجنين اذا كانت الأم مصابة بالسل الرئوي إصابة ظاهرة حادة (٤) . وهكذا نكشف

(١) Virus-Filtrant (٢) الدورة الدموية فى الحلاس . - (٣) Arloing و Dufourt (٤) France : Fontès ( Brazil ), Calmette, Valtis ( Greece ) Sergeant, Malartre, Arloing, Dufourt, Couvelaire, Nègre, Boquet, etc.

Italy : V.de Bonis, J. Nasso, Angelo Migliavacca, Lino Urizio, Augusto Musso, Guiseppe Vascellari, etc.

Germany: Lydia Rabinovitch - Kempner ( Berlin ), etc.

Belgium : J. Van Beneden; by Prof. Malvoz ( Liège ) .

الستار عن بعض الأسباب الغامضة ، المؤدية الى موت الاجنة في بطون الامهات والرضع بعد الولادة بقليل .

ولكن العدوى لا تصل الى الجنين من أمه المصابة الا اذا دخل « الفيروس » الدورة الدموية المشيمية . فأن لم يفعل ، ولد الطفل سليما من الداء .

وما دام الخنازير ، الذى نراه فى الصغار العجاف المهازيل ، سوى نتيجة هذا « السم » الوراثى فى أكثر الاحايين .

على أن العدوى لا تسرى على الاطلاق من مئذ الذكر الى بيضة الانثى عند الاخصاب . فلا تصل « سموم » السل الى الجنين من أب مصاب اذا كانت أمه سليمة . وبهذا يختلف التدورن عن الزهرى .

وقبل الفراغ من هذا البحث لا بد من الاشارة الى انتقال المكروب من دوره الخفى الى دوره الظاهر : أعنى ، تحول « فيروس فونتس الراشح » الى « باشلس كوخ الجسم » وهذا ما أثبتته العلماء بتجاربههم العديدة فى خنزير غينيا (١) ذلك الحيوان الصغير النافع فى المختبرات (٢) الذى يضحى فى سبيل الانسان .

فأنا اذا حققنا هذا الحيوان ، لأول مرة ، بسائل مرشح ، يحتوى على خلاصة أنسجة مصابة ، تورمت غدده الأرية اللعاقوية . ثم اذا أخذنا بعد ذلك خلاصة طحاله وحققنا بها خنزيرا سليما وجدنا ، بعد أسبوع ، تورما فى غدده الأرية مع حبيبات موك (٣) التى هى الحد الفاصل بين الدور الخفى والظاهر للمكروب أو بين السموم الراشحة الخفية والباشلس الجسم . ثم بعد شهرين أو ثلاثة ، نجد ، فى غدده وورثته ، المكروب ، فى دوره الظاهر ، أى باشلس كوخ نفسه .

وقد قام بهذه التجارب علماء كثيرون منهم بورغى الايطالى وبزانسون

الفرنسي وساناريللى واليسندريني . فكانت النتيجة كما ذكرت مما لا يدع مجالا للريب .

الخلاصة : أن السل أو التدرن ينتقل كثيرا بالعدى والمكثسة ، وقليل بالعدوى « الوارثية » . ولا يزال العلماء يوسعون الموضوع بحثا . ويشعرونه درسا . ولنا منهم تحت شمس كل يوم جديد :

التدرن في الشعوب : تختلف حالات التدرن باختلاف حالات البشر . فالأوروبيون ولا سيما أبناء الشمال ، الذين راقهم مكروب السل بكثرة منذ آلاف السنين ، قد اكتسبوا ، طباقا لناموس بقاء الأصلح ، مناعة عظيمة ضد التدرن . أما شعوب الأقاليم الجنوبية الذين عرفوا هذا المرض منذ عهد قريب بالنسبة اليهم ، فأنهم أكثر تعرضا لشديد بطشه ووخيم عواقبه .

قد دل الإحصاء أن الوفيات بين الهنود والحر ، حول مضيق ماجلان ، تحدث بعد ستة أسابيع من ظهور المرض . وأن المرض يأتي حاداً في أواسط بلاد العرب ، ولكنه على سواحلها وفي المدن المتصلة بالأوروبيين ، ينبج منهاجا معتدلا . وفي الأميركيين السود والمولدين ، تبلغ الوفيات ثلاثة أضعاف ما هي عليه بين الأميركيين البيض .

وأخيراً هل يمكن للمكروب أن يعيش بحالة سلبية في جسم الإنسان ؟ أجل يعيش كما لنا ما دامت للجسم مناعه توقفه عن الفتك . فإذا فقدت المناعة أو ضعفت في حالة نسبها : « فقد الصحة الجيدة » ظهر فعل المكروب بمظاهره المختلفة . وللاستاذ لايل كمنز (١) في كارديف - بانكلترا ، رأي في هذا الموضوع فيقول : « أن لا خوف على جسم الإنسان من المكروب ، بشكله الظاهر

(١) S. L. Cummins - (Welsh National School of Medicine) - Cardiff .

الكامل ، لو بقي هادئاً ساكناً . اما اذا ابتدأ الباشلس - لسبب ما - ان يتطور ، اى انه اذا اصبح عاملاً ، تغير هيكله وافرز سموماً كانت تبيجتها وبالا على الانسجة الموضعية ومناعة الجسم العمومية . »





## الفصل الثاني

### المدوى والسن .

لقد درسنا ، في الفصل الاول ، حياة الميكروب ومناعته وانتشاره وانتقاله من العليل الى السليم واختلافه في الشعوب وفي هذا الفصل ، أريد أن أبين للقراء كيف أن عدوى التدنن تختلف ، في الفرد ، باختلاف السن . ولكي اوضح هذا أقسم حالات التدنن الى ثلاثة أنواع : (١)

#### أولاً : الصاعق

#### ثانياً : الكامن الفعّال

#### ثالثاً : الكامن غير الفعّال

ماذا نعني بالتدنن الصاعق ؟

نعني به الاصابات القسائية التي لا تنحصر ، في عضو واحد ، بل تتعداه ، بواسطة الدورة اللمفاوية أو الدموية ، الى كل جزء من الجسم . وتكتسح أمامها كل مقاومة ، طبيعية عامة كانت أو موضعية ، فهتك الجسم وتقترن بحمى مستديمة بطيئة ، نسميها « حمى اللق » (٢) وسعال مع بصاق يحتوي على باشلس كوخ . وهكذا يجتاز المرض شوطا حادا الى ان ينتهي سريعا بالموت .

وهذه الاصابات هي نتيجة عدوى قوية ، حديثة ، في أجسام حساسة ، لم تتلوث بالباشلس بعد أو بسمومه غير المنظورة ولم نلقح بالب . س . ج . لتكتسب مناعة

---

(١) احذر ، في الفصل الثالث والثلاثين ، كيفية تقسيم الاستاذ ايباق للاصابات من الوجهة العلاجية .

(٢) حمى اللق . تبعد بعد أن يمرض المريض ، ثم تمود بعد بضع ساعات وتحفظ بدرجاتها

العالية ثانية - ثم تمود الى الجيوط ، بعد العرق ، ثم الى الارتفاع الخ . تمود « العامة » : دقته البردية ،

نسبية . نجدها غالباً في الأطفال اللذين يصابون بشدة وفي الفتيان والفتيات عند البلوغ . يرى القارىء ، فيما يلى ، تعداداً لاصابات السل في مائتين واثنى عشر ولداً ، بين الرابعة من العمر والخامسة عشرة ، وكيف أن عدد الاصابات والوفيات يزيد كثيراً عند سن المراهقة :

١٠٩ ذكور	معدى	غير معدى	توفى	هوى بادخال الهواء في تجويف البلور
٧٦ دون السنة ١٣	٢١	٥٥	٦	٨
٣٣ فوق	٢٤	٩	١١	٣٣
١٠٣ اناث				
٤٩ دون العشر سنوات ١٤	٢٨	٣٥	٦	١٢
٥٤ فوق	٤٠	١٤	١٦	٢٩

ماذا نعنى بالتدرن الكامن الفعال ؟

نعنى العدوى التى تبتدىء على نحو ما تقدم ، ولكن ، بدلا من أن تقطع شوطا حاداً في جميع أجزاء الجسم ، يكمن المكروب في جزء منه محتفظاً بمقدرته السامة المخربة . فهو أشبه بحمرة ملتهبة يغطيها الرماد . والاصابة ، كالنار الكامنة ، فأما أن تبقى كذلك ، مدة طويلة ، ثم تغلب المصاب عليها فينحدر بها الى الحالة الاخيرة ، أى التدرن الكامن غير الفعال ويصبح صحيحاً في بدنه صحة نسبية ، أو يعود المرض الى الظهور بالحى والعرق والسعال والتف الايجابى والهزال حتى يدرك المريض الموت .

لا حاجة للتنبيه أنه في الحالتين السابقتين تنتقل العدوى بسرعة . فيجب إذن الاسراع والمبادرة الى ابعاد المصابين عن الاصحاء .

ماذا نعني بالدرن الكامن غير الفعال ؟  
 نعني به أن مكروب السل الذي ، لم يدخل الدورة الدموية أو اللعناوية  
 بل اختبأ في جزء من الجسم ، قد فقد قوته وطبيعته السامة أمام قوة الدفاع  
 وتحول الى ضيف أليف ألم بالجسم محتشما مسالما ولهذا النوع حالتان :  
أولا : حالة خفيفة سيبت مقاومة انتهت بإتصار الجسم على باتالس كوخ .  
ثانيا : حالة كامنة كانت فعالة ، تم ضعف فيها المكروب ، أما ، لانه فقد مزيه  
 السامة وإما ، لانه سجن موضعا ، ضمن غلاف ندبي ، كما شرحت سابقا .  
 لا يسبب الباشلس ، في الحالات الكامنة غير الفعالة ، حرارة او عرقا ولا  
 يظهر هو نفسه في البصاق . وتطول مدة الحالات الكامنة الفعالة وغير الفعالة  
 أكثر من الحوادث العاطمة . واذا تتبعنا احصاء الاستاذ الالماني الدكتور نيغلي ،  
 الذي درس مئة حادثة من كل دور من هذه الادوار المرضية الثلاث ، وجدنا  
 النتيجة الآتية :

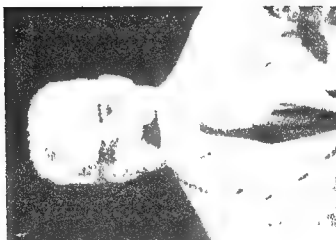
### التدرن

السر	حالات خاطمة	حالات كامنة فعالة	حالات كامنة غير فعالة	المجموع
١	١٧	٠	٠	١٧
٥ - ٩ سنين	٢٥	٨	٠	٣٣
٩ - ١٩ سنة	١٥	١٥	٨	٣٨
١٨ - ٣٠ د	٣٥	٣٦	٢٤	٩٥
٣٠ - ٤٠ د	٢٧	٢٨	٣٩	٩٤
٤٠ - ٥٠ د	٢٢	٢٣	٥٥	١٠٠
٥٠ - ٦٠ د	٢٠	١٨	٦٢	١٠٠
٦٠ - ٧٠ د	٩	٢٥	٦٦	١٠٠
٧٠ سنة	٠	٢٣	٧٧	١٠٠

فالتس



اباظه





وتعتبر هذه الاحصاءات الجدول الرسمى له لتكرار اصابات التدرن عند الشعب الالمانى. ويقال أنه يمكننا اعتبارها معدلا صحيحا للاصابات فى القارة الأوروبية كلها.

تمكن الأستاذ الالمانى « شور من » (١) من اثبات الحقيقة الآتية وهى: أن ٥٨ فى المئة، من الوفيات، دون الثامنة عشرة من العمر ٩٢ فى المئة من الوفيات، فوق الثامنة عشرة، كانت كلها ملوثة باعراض أحد أدوار السل (١).

أما اذا تكلمنا عن البلاد المصرية، التى، تكاد تبدأ باتخاذ الاحتياطات اللازمة لمنع تفشى هذا المرض فيها - كانشاء مستوصفات مجانية عديدة للأمراض الصدرية ومصحات، تحتوي على عدد كاف من الاسرة، لاستقبال المصابين واعداد جيش من الممرضات الزائرات لعيادة المرضى في بيوتهم وتقديم التقارير عنهم - نجد أن الاحصاءات المصرية، لمعرفة سبب هذا المرض بين السكان، أصبحت من سنة الى أخرى يعول عليها. وكلما زاد انشاء مكاتب للصحة العمومية، فى أنحاء هذا القطر وفى البلاد العربية المجاورة، زادت معرفتنا عن تفشى المرض ومقدار انتشاره فى الشرق الأدنى.

كثيرا ما يهمل الأطباء تبليغ مكتب الصحة العمومية عن حالات كذه وكثيرا ما يصنف طبيب العائلة الخاص الى توسلات الأهل والأقرباء، فلا يوح بسر الإصابة، لذلك تبقى بيانات الاصابات، التى بموجبها نحكم على الحالة الصحية العمومية، أقل من العدد الحقيقى فلا تظهر لنا حقيقة تفشى مرض التدرن عموما فى القطر المصرى وفى الشرق الأدنى.

---

(١) فالبه بتقرير الدكتور عمود بك اعطه، لقطر المصرى، فى آخر هذا الفصل.

## الفصل الثالث

### العدوى وطرق مقاومتها

ختمت الفصل السابق بقولى أنه ، ما دامت صحتنا جيدة ، فإن جرائم المل تمكن فى الجسم ، هادئة ، مستكنة . فما هو المقصود من الصحة الجيدة ؟ وما هو تعريفها ؟ هل يقصد بها مجموع العمل المنتظم لجميع أعضائنا بحيث تؤدي وظائفها من اجراء افرازات داخلية واخراج المواد الفضولية ، مرتبطة بعضها ببعض كأجزاء ساعة دقيقة ؟ أم أن هنالك عنصرا مستقلا فى أجسامنا يقوم بمقاومة العدوى ومحاربتها ؟ أعتقد أن هناك وسيلتين للمقاومة يستطيع جهازنا أن يحى نفسه بهما من عدوى السل :

الاولى : المقاومة بواسطة بنية الجسم العمرية ، التى تمكن الاعضاء فى القيام بوظائفها .

الثانية : المقاومة بواسطة التفاعل والتأثير الموضعى .

أما الطريقة الاولى ، المتعلقة بقيام الاعضاء بوظائفها قياما عاما صحيحا ، فتمكن مجموع جسدنا أن يتوسل بها الى وقاية نفسه من المكروب المداوم بواسطة افرازات فى الدم مضادة للسم الذى يفرزه المكروب نفسه . وقد دعا الاقدمون هذه المادة « ترياقا » . والعصريون « مادة مضادة » (١) لانها تكسب الجسم مناعة . فاذا فشل الدفاع الاول وعجزت الاعضاء ، بمساعدة الافرازات المضادة ، عن وقاية الجسم من ذلك المكروب ، ظهرت فى الانسجة ، التى دخلها المكروب ، حالة رجعية اسمها خط الدفاع الثانى وهو دفاع موضعى محض .



فیرشو





يحدث باشلس التدرن التهابا موضعيا تتكون حواليه مادة متجنية ، تصبغ ، فيها بعد ، كلسية جافة وتحيط بها أنسجة ندية (١) تسجن المكروب ضمن غلافها ، فتعرقل حركته وسيره وتقف عمل سمه الفعال في الجسم . وهذه الكتلة الكلسية ، التي تحبس في داخلها باشلس التدرن ولا يزيد حجمها عن حبة العدس أو الذرة العويجة ، تدعى العقدة الدرنية الجلاورسية (٢) وأفضل في معرفتها للاستاذ الألماني فيرشو (٣) الذي لا يزال مثاله قائما أمام مدخل مستشفيات « الشاريتة » في برلين وهذا الاستاذ كان أول من وصف هذه العقدة وأثبت وجود المكروب فيها (٤) .

لا بد اذن ، لكبح جماح المرض ، من قيام الاعضاء بوظائفها قياما نشيطا عاما سميانه « الدفاع الاول » فاذا فشل هذا الدفاع العام أمام العدو ، رجعا الى خط « الدفاع الثانى » حيث تقوم حركة تطويق باشلس المتكاثر واكتنافه وحصره والضبط عليه في أجزاء باثولوجية صغيرة . من النسيج الرئوى ، تسمى العقدة الدرنية الجلاورسية كما ذكرنا آنفا .

رب سائل يقول : هل وفق الباحثون المنقبون الى استنباط وسيلة ، نستطيع بها ، أن نعزز في أجسامنا المقاومة على نوعها الممار اليهما ، أو الى إيجاد علاج يجمع استفحال باشلس التدرن ؟ فنجيبه :

١ . فيما يتعلق « بالدفاع الاول » وهو المقاومة بواسطة البنية الطبيعية العمومية - : أن المرحوم الاستاذ كالت ابتكر ، بمعاونة الاستاذ جيران ، لقاح ب . س . ج . (٥) واتخذة سلاحا ماضيا ، يهيء به ، للاطفال ، حياة يتمكنون فيها من مواجهة عدوى التدرن مواجهة قليلة الخطر . أي أن لقاح ب . س . ج .

(١) Cicatricial (٢) من ابن سينا . Miliary Tubercle (٣) Rudolf Virchow (٤) انظر صفحة ١٢ من الفصل الاول . (٥) B.C.G

يحدث في الطفل مناعة نسبية ضد مكروب السل. ولكننا مازلنا في حاجة الى مدة طويلة، لنتمكن من جمع الاحصاءات والاسانيد، قبل أن نسلم نهائيا بفائدة هذا اللقاح. وتستحضر مادة ب. س. ج. ، أى لقاح كالمث - جيران ، من استنبات باشلس كوخ. وتجبرع للاطفال الرضع ، الذين لا تتجاوز أعمارهم عشرة أيام ، فيمتصها غشاء المعدة المخاطي وينقلها الى الدورة الدموية والجهاز الغدى . ويشترط في هذه المادة أن تكون حديثة التحضير . أما السبب في تجريمهم اياها ، قبل اليوم العاشر ، فيرجع الى أن العصير الهضمي ، الذي يفسدها ، لا تبدأ معدة الطفل بفرزه قبل ذلك اليوم . فاذا تجاوز الطفل اليوم العاشر ، من العمر ، أعطى هذه المادة حقنا تحت الجلد .

لا يعطى لقاح ب. س. ج. الا بعد أن تكون قد ظهرت النتيجة السلبية لامتحان التوركلين (١). أى أن نكون متيناً أن الجسم لا يزال خالياً من مكروب التدرن . وهكذا نزرع هذا المكروب ، بكميات صغيرة معينة ، في تربة بكر خالية منه ونحدث فيه تفاعلاً ومناعة ضد هجوم الباشلس في المستقبل. ولكننا ، بالرغم من ذلك ، لا نزال نحتاج الى دروس ومقارنات ، مدة سنين طويلة ، للتثبت من فائدة هذا اللقاح . فقد ذكر لنا الطيبان الشيوان اشباخ ورافينا أن بعض الاطفال ، الذين ولدوا من والدين سليمين ولقحوا عند الولادة بمستحضر كالمث - جيران ، ماتوا بعد أن ظهرت فيهم اصابة جوارسية عمومية بين الشهر الثامن عشر والثاني والعشرين من عمرهم .

تبنيت اللجنة الدائمة للصحة العامة الدولية ، في جنيف ، أنه حدث في ولاية

---

(١) الخبرة بالتوركلين هي ادخال ، من محلول ، يحتوى على سموم المكروب البترى ، بعد ان يقتل بالتفقيم ويرشح ، جزء صغير تحت الجلد أو بين طبقي الجلد . فاذا كان الفرد قد أصيب سابقاً ، بدخول باشلس كوخ الى جسمه ، حدث تفاعل واحمرار والتهاب موضعي .

نوربوتن، من أعمال أسوج، أن استعملوا لقاح كلت - جيران، بين سنة ١٩٢٧ و ١٩٣٢، في ٧٧٦٥ مولودا جديدا، أى في ٢٦ر٥ في المئة من مجموع المواليد، فكانت النتيجة أن بلغت الوفيات، لغاية ٣١ ديسمبر سنة ١٩٣٣، ٤ر١ في المئة، من الذين لقحوا و ٨ر٨ في المئة، من الذين لم يلقحوا . وقد استنتج، من هذه التجربة، أن هذا اللقاح يكسب الاطفال حصانة نسبية أكيدة ضد التدرن .

وللفصل في هذا الموضوع ورسم خطة تتبعها، في اختيار الاطفال لتلقيحهم بلقاح ب. س. ج. ، أقول: يجب تلقيح الطفل الذى يعيش في بيئة ملوثة موبوءة أو الذى أصيب أبوه بمرض التدرن . وفيما خلا ذلك الافضل أن لا نستعمل اللقاح . أما الطفل، الذى أصيبت أمه بالتدرن الشديد، فلا يلقح وخير له أن يعزل بحسب طريقة جرائسه (١) . أما اذا كان التدرن في الام، خفيفا، عاد أمر اللقاح الى حكمة الطبيب الاخصائى .

وهذه المناسبة أذكر حادثة جرت في مقاطعة لوبك، في المانيا، وكيف أن بعض الاطباء الالمان أدخلوا بشروط تحضير كالت - جيران، فأدى عملهم هذا الى هلاك مئات الاطفال . وبعد البحث عن السبب وجد أن الجرعات، التى أعطيت للاطفال، كانت قوية .

زرت في ١٩٣٣، عيادة الاطفال في جامعة كولونيا، على نهر الرين وقد عهد بإدارتها الى الاستاذ كلاينشميت (٢) الذى كان عضوا، في لجنة المحلفين في حادثة لوبك المذكورة، فرافقتى مدة ساعتين الى أقسام هذا المستشفى، المستقلة بعضها عن بعض والمحاطة بالاشجار والازهار وأرائى العمل الذى يقوم به هناك، فوجدته يعالج، بمحول التبرككين، الاطفال المصابين بالتدرن الرئوي

---

(١) ارسال الطفل الى مكان صحى، طلق الهواء، يئشاً بين اناس غير مصابين بالتدرن .

H Kleinschmidt. Köln. a. Rhein (٢)

الشديد والذين لا يمكن علاجهم بادخال الهواء في تجويف البلورا والضغط على رئائهم (١) فكان يعطى هؤلاء الاطفال التوبركلين مخففا: أى كل جزء منه في مليون جزء من الماء . ولكنه لم يتمكن من موافاقى بأي يان مشجع عن نتيجة أبحاثه في هذا الشأن .

وقد وجدته يخالف طريقة كالمث الفرنسي ، مخالفة لم تسبب وفيات . وقال أن طريقته (أى طريقة كلاينشميت) تؤدي الى تحسين حالة الاطفال الداعية الى اليأس .

٢ أماء الدفاع الثانى ، فهو المقاومة الموضعية :

أن معرفتنا بتركيب العقد الدرني ، الذى يمنع انتشار المكروب ويحصره موضعيا ، وادراكنا - كيف أن التمسك يلعب دورا في تكوينه . وكيف أن المادة الكلسية تقل في العظم المسلول . وفائدة محلول الكلس في الالتهابات الرئوية - كل ذلك يجعلنا نميل الى استعمال مستحضرات الكلس في أكثر الحوادث .

أصبحت نعتقد الآن أن استعمال محلول الكلس - خصوصا اذا حقن في الاوردة - مع أخذ الفيتامين د ، د ، حقا أو بالفم ، هو علاج لا بأس به لتعزيز المقاومة الموضعية في حالات الالتهابات الرئوية غير المعيبة (٢) وفي الحالات السابقة للتدرون أيضا ، كفقير الدم الشديد وداء الخنازير وتورم غدد العنق أو المنتصف الصدرى (٣) ، خصوصا عند الاطفال ، كما نراها بواسطة أشعة اكس .

---

(١) اتفق الاستاد ارمان دايلى في باريس والاستاد كلاينشميت في كولونيا على حقن الهواء في تجويف البلورا في الاطفال قبل تجاوزهم السنة الاولى من العمر . وحالفهم المرحوم الاستاد لودون برنارد الذى قال أنه لا يستحسن فتح الصدر قبل أن يبلغ الطفل السنة الثامنة من عمره . اما ما يرى الحق محاب دليل وكلاينشميت .

(٢) التى يدها مكرويات اخرى خلاف ماثلث كوخ . (٣) Mediastinum



کالت



وبما يساعد الفيتامين « د » ، على تثبيت الكلس في الجسم مستحضرات فيتامين أخرى والهواء الطلق: فالفيتامين « س » ينشط المقاومة ويقلل البصاق ويخفض الحرارة . والفيتامين « ب ا » يخفف التهاب الاعصاب ويزيد الشهية والهواء الطلق يساعد الخلايا على التجدد .

أما محلول الذهب الذى نستعمله حقنا ، تحت الجلد ، أو فى الوريد ، لتقوية الدفاع الموضعى ، ، فيجب استعماله مع التحفظ ، اذ قد يحدث التهابا فى الكلى . ولكن يكثر نفعه اذا استعمل فى بدء الورم أو الاحتقان الدرئى الخفيف فى الرئة وفى الالتهابات الرئوية ، القديمة ، التى يكون قد بدأ التليف فيها . وسيجيء ذكر هذا فى فصول العلاج المقبلة .

يقول أحد أعضاء الجمعية الطبية لامراض الاطفال ، فى بورديو بفرنسا ، أنه استعمل محلول الذهب فى علاج حوادث السل الرئوى الشديد ، فى الصغار ، الذين يتراوح عمرهم بين الستين والنصف والاحدى عشر سنة وحصل على نتائج حسنة . أما أنا فاقابل هذا القول بكل تحفظ ولا أشير باستعمال محلول الذهب الا فى الحوادث الرئوية الحديثة الخفيفة او القديمة المليفة . اما محلول الفحم ، فالرغم من أن استعماله قد ادى الى فوائد جمة ، فى علاج التهابات عديدة - تسببها ميكروبات الستافيلوكوك (١) والستربتوكوك (٢) - وبالرغم من معرفتنا بأن السل الرئوى ، فى عمال مناجم الفحم ، أقل وأخف من الاصابات فى غيرهم من الناس - لان استنشاق غبار الفحم يؤدى الى تخفيف اعراض السل . بينما أن استنشاق الرمال والتراب (٣) يسبب ظهورها . وما ذلك الا لان غبار الفحم يتصمسموم بأشلس السل - مع ذلك لم يؤد استعمال هذا المحلول ، حتى حقنا فى الوريد ، الى أية نتيجة حسنة فى تعزيز الدفاع الموضعى ، لشفاء الاصابة الرئوية .

(١) Staphylococcus (٢) Streptococcus

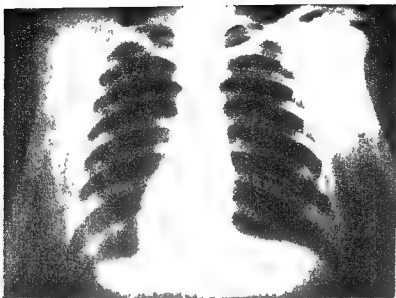
(٣) تقرّب الرئة : Chalcosis, Silicosis



وأخيرا نسمع اليوم نغمة جديدة من باريس : وهى أن بعض أساتذة  
جامعة سرقسطه ، فى اسبانيا، ارسلوا الى الاكاديمية الفرنسية تقريرا يقولون  
فيه أنهم أثبتوا ، بالبحث والتقصي ، أن اصابات التدرن تزيد بنسبة نقصان  
عنصر السيليوم فى الجسم . فهل يأتى يوم نكافح بالسيليوم ، العلل التى  
تسبق ظهور السل ، كما نكافحها بالكلس ، أى بالكسيوم ؟







رئتان سليمتان



عقد درنية  
في بزره السرة المعى

## الفصل الرابع

### السل الرئوى أو السحاف

أهم بجزء ، من موضوع التدرون الواسع ، هو السل الرئوى .  
أريد قبل البدء بالكتابة عنه ، أن أعيد على القارىء ما قلته فى مقدمة هذا الكتاب :

« لا أود التوغل كثيرا فى التفاصيل الدقيقة ، الفنية ، لأننى لا أخص بهذا الكتاب الأطباء الاختصاصيين ، بل أوجه كلامى الى غير الاختصاصيين منهم والى جميع المثقفين من الناطقين بالصاد وأكفى فى كل فصل ، بسرديات ضاحات أساسية ، شاملة ، أرجو أن تنير عقل القارىء بلا تعب ولا ملل . »

من الأمور التى لا خلاف عليها ، أن السل الرئوى ، فى البالغين ، يكون فى الغالب قد بدأ ظهوره فى الطفولة . ففى حالة التعقد الابتدائى ( الدرجة الاولى من السل ) وحالته التكلس ( الدرجة الثالثة ) يبقى المرض كامنا الى أن يبلغ المريض سن المراهقة ، أو ما بعدها ، فيعود الى الظهور . ولكنه لا يبقى كامنا فى حالة الاحساسية ( الدرجة الثانية ) . فإما أن ينتقل منها الى التكلس ( دور المناعة ) أو يقضى على المريض . فالدرجة الثانية ، هى فى الواقع ، درجة الخطر الحقيقية ، لا كما يتوهم الناس خطأ . فإذا لم يبلغ الطفل هذه الدرجة ، أو اذا انتقل منها الى الدرجة الثالثة ، سلم من الخطر حتى يبلغ سن المراهقة .

أن ما نراه عادة ، فى رئات البالغين من المرضى ، ليس سوى عودة اليا لسل الى الحياة بعد أن يكون قد ظل سنوات عديدة ، مسجوناً . هادئاً ضمن عقدة أو عقد عديدة جاورسية متكلسة ، فى رئة المرء . ويظهر ، أن لسن المراهقة

وافرازات الغدد التناسلية ، تأثيراً على اخراج الباشلس من سجنه وفك قيوده من الغدد « القصية - الشعية » وغيرها من الغدد اللفافية القائمة بجوارها ، في المنصف الصدري (١). وإذا دخل الباشلس مجارى التنفس فأوقفته الغدد من عن تغريب أنسجه الرئة وسجنته ضمن غلاف ندى أو كلسى . فإنه ، بالرغم من ذلك ، يحدث حالة « احساسية » في المرء يكشف لنا عنها امتحان بيرك (٢) المعروف والذي يفسر لنا قاعدة الاستاذ كوخ ، المشهورة باسم « نظرية كوخ » (٣) التي أود أن أشرحها للقارىء ، بإسـطـ تعبير :

أن المصاب بالسل يكتسب ، بواسطة « الاحساسية » التي يحدثها فيه الباشلس ، مناعة نسبية ضد اصابة درنية جديدة ، بينما تستمر الاصابة القديمة في تطورها وربما في تماقها - وقد تؤدي الى الموت !

---

قسم الفرنسيون السل الرئوى منذ عهد الاستاذ « لاينك » الشهير الى ثلاث مراحل :

المرحلة الأولى : دور الحويصلة الرئوية ، الدرنية ، التي تحتوى على مواد الاصابة .

المرحلة الثانية : دور تليين الأنسجة المعتلة ، ثم تجنبها :

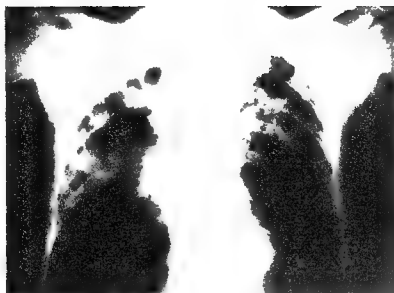
المرحلة الثالثة : دور نفث هذه الأنسجة المهترئة وتمريضها بالسعال ، تاركة ، في مكانها في الرئة ، تجويفات وحفر .

أما المرحوم الأستاذ ليون برنارد فقال :

٦. أن الاصابة ، التي تصل الى الجنين من الام المصابة ، تختلف باختلاف الحوادث .

---

(١) Koch's Phenomenon (٢) Pirquet of Vienna (٣) Mediastinum.



إصابة درنية مرتشحة



إصابة درنية منبثة



٢ والاصابة الرئوية ، التي تدخل جسم الطفل من مجرى انتفس ، تقسم في نظرنا الى ثلاثة ادوار :

الدور الاول : مقاومة الاحساسية . ثم الاحساسية الكامنة . ثم ظهور الباشلس في المجاري اللبفاوية والدموية . وهذا الدور يطول من اسبوعين الى ثلاثة اسابيع .  
الدور الثاني : الاحساسية الظاهرة وهي دخول المرض الى خلايا النسيج الرئوي وتورم الغدد الصدرية وبروز العقد الرئوية .

الدور الثالث : تجدد الاصابة ، أى استيقاظ المكروب ، في سن المراهقة .

أن هذا التجدد يغلب أن يكون في امص الاعلى من الرئة اليمنى (١) ولا نعرف لذلك سببا حتى الآن .

يمكن أن تطول مدة الدور الثاني أتھراً ، بل أعواماً ، يتسرب خلالها الباشلس الى المجاري الرئوية اللبفاوية ويحدث اصابات جديدة في أجزاء أخرى من الرئة وربما في الرئة المقابلة . وقد يخرج من الرئة متبعا المجاري اللبفاوية أو الدموية ويحدث التهابا درنيا في أعضاء أخرى من الجسم . فلو فحصنا الرئة ، في هذا الدور من التطور ، لوجدنا التورم في الغدد اللبفاوية القصية - الشعبية ظاهرا للعيان ولرأينا علامات الانتشار في الأنسجة الرئوية . وما حى الباشلات التيفوسية (٢) الا نتيجة الاصابة الاولى ، اذ يعجز التعقد الابتدائي عن تطويق الباشلس ، فيدور هذا ، اذ ذلك ، في الدورة الدموية .

وفي الدور الثالث ، نجد الاصابة تجدد باستيقاظ المكروب الكامن منذ الطفولة ، فتمتد الى جزء من فص أو الى فص كامل من الرئة وتسبب التهابا رئويا يشبه أحيانا الاحتقانات الرئوية والتهابات ذات - الرئة ، للمتسمة

---

(١) تتألف الرئة اليمنى من ثلاثة مصوص والدموى من اثنين . (٢) Typhobacillose



غير الدرنية . أى ان استيقاظ باشلس كوخ يسبب ارتشاحا نسيجيا ، كما يقول  
الألمان (١) أو التهابا رئويا - شعبيا (٢) أو التهابا متفرحا - متنجنا (٣) . كما يقول  
الفرنسيون . أو التهابا حوصليا (٤) أى معقدا (٥) ويدعوه الألمان متنجنا (٦) .  
وربما بقيت الاصابة فى منطقة سرّة البزرة (٧) أو انتشرت أو ربما صارت  
جاورسية (٨) .

تظهر تطورات المرض - بالتنفس - جليلة فى أعلى الرئة ، عند وضع  
الساعة على ظهر المريض أو صدره ، لأن هذا الجزء الرئوى قليل الكثافة ،  
فتكون الاصابة فيه قريبة من سطح الرئة ، لذلك يسهل على الطبيب الاحاطة بها .  
على أن ذلك لا يعنى أن المرض لم يصل الى الأجزاء الكثيفة العميقة فى قلب  
الرئة . كلا فلي الطبيب ، اذ يسمع الى حس المرض فى أعلا الرئة ، ان يدرك  
أن الأجزاء الداخلية ، حيث تبدىء الاصابة ولا يسمع منها التنفس ، هى كذلك  
مرضة .

هنا تقوم أشعة اكس بدور هام فى تشخيص المرض بدقة . وهنا نقدر  
قدر الجهاز الذى صنعه ، مؤخرا ، الأستاذ هنرى شاول العربى اللباني . رئيس  
معهد روتجن فى مستشفيات « الشاريتيه » فى برلين ، فهو جهاز ، يمكننا من  
رؤية الرئة الى أعماق متفاوتة ، لفحص جميع أجزائها .

---

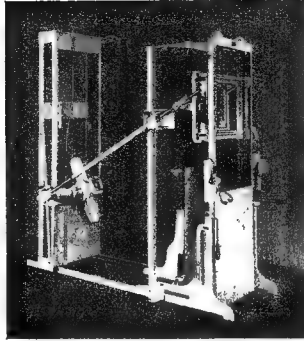
Ulcers—Caseux (٣) Bronchopneumonie (٢) Infiltrat (١)

Miliary (٨) Hilum (٧) Productive (٦) Nodular (٥) Alveolar (٤)



شاؤل





جهاز اشعة رونتجن لشاؤل ، في برلين .

في أى جزء من أجزاء الرئة تتجدد الاصابة ؟

تجدد الاصابة ، غالبا كما ذكرت سابقا ، في الرئة اليمنى . وأكثر الاحيان في أعلاها ولا نعرف للآن . سببا أكيدا لذلك . ويغلب ظهورها ، في المراهقين بين السادسة والثامنة عشرة من العمر . ويزيد عدد الاصابات ، بين الاناث ، عليه بين الذكور . ولا يمكننا التعويل كثيرا على المسامع ( الساعة ) ، بل يجب الالتجاء الى الكشف باشعة اكس وينبى أن لا نكتفى بما تبديه لوحة الاشعة ، بل علينا أن نأخذ الصورة وندرسها بدقة وانعام .

تقع الاصابة « سماك الترقوة » ( كما يسميها ابن عباد ) أى تحت الترقوة . ويطلق عليها الفرنسيون - على قول المرحوم الامتاذ ليون برنارد - اصابة

« ما بين الترقوة والسرة » (١) . والاسناذان الالمانيان اسمان وراديكر :  
« اصابة اسمان » أو « الاحتقان المبكر » (٢) . ولا يختلف الارتشاح النسيجي ،  
في هذه الاصابة ، عن الارتشاح الذى يقع حول سرة البررة (٣) .  
يبتدىء هذا الاحتقان اما بسرعة أو ببطء .

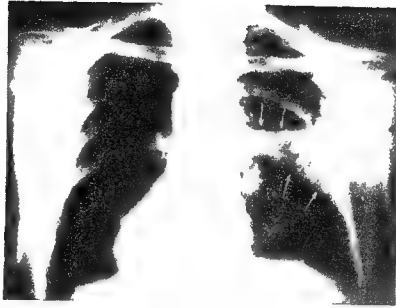
١ . فاذا ابتدأ ، بسرعة ، توهمه بعضهم انفلوانزا (٤) ولكن الكشف  
بالاشعة يبين لنا احتقاناً ، ربما كان مصحوباً ببؤرة أو بؤرة درنية .  
وغالباً ما يسبب بلمه الاصابة الفجائى نزيفاً من الرئة وحمى ولفظاً فى التنفس ،  
يسمعه الطبيب بسهولة . فأمام حادث كهذا يتحرى الطبيب عن سبب النزيف  
الحقيقى ليعرف هل هو حدة الاصابة الحديثة ، التى مزقت الاوردة والشرايين ،  
أم مزع فى أنسجة الاصابة القديمة الندية ؟ فباختلاف التشخيص ، يختلف العلاج .  
وإذا جاء الاحتقان ببطئا وجب التدقيق فى فحص المريض وتصويره باسعة  
اكس وتحليل بصاقه فى المختبر الكيماوى .  
وللاحتقان علامات فى أحد أجزاء الرئة الثلاث كما نرى فى الرسوم الآتية :



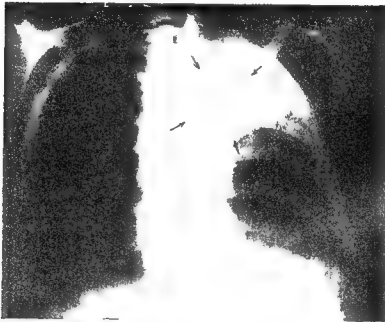
نرى ، فى الرسم الاول نوع الاحتقان تحت الترقوة فى الرئة اليمنى وقد سبق

(١) Inter-Cleido-Hilaire (٢) Assman Herd (٣) Fruh-Infiltrat—

(٤) Hilum (٥) Grippe



خراج ما بين الصّين « الاعلى والاطوسط » من الرئة اليمنى .  
( للتمييز به و هو الارتشاح السيحي الدرني . )



مرض العطر او اكتينوميكوز الرئة .  
( للتمييز به و هو الاصابة الرئوية الدرنية المرتشحة . )



ذكره . وهو من أهم الاعراض التي تنبئنا عن تجديد الاصابة الدرنية الرئوية .



ونرى في الرسم الثاني ، في الرئة اليسرى ، احتقاناً قاعاً كالظل (١) متجه نحو الترفوة . وقد يكون هذا الاحتقان مستديراً على شكل مروحة ، هادئاً ، ثم يشتد التهابه فجأة . أو يتقدم ، نحو السرة ، بدلاً من تقدمه نحو الترفوة . ويظهر أحياناً في قعر الرئة . أما ظهوره فوق الترفوة فنادر جداً .

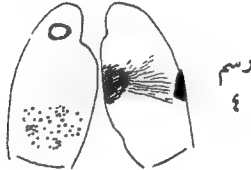


في الرسم الثالث ، نرى احتقاناً بين فصين أو حول فصين في الرئة وعلى الخصوص في الفص الأعلى الأيسر .  
لا نلاحظ جلياً بالمسمع تغييرات التنفس ، إذا كان تجديد الاصابة حديثاً ، لأن الالتهاب يكون عميقاً ، بالقرب من سرة البزرة .



أما الحوادث ، التي نستطيع فيها استماع اللغظ في التنفس ، فتكون قديمة .  
أى أن الالتهاب ، الذي ابتدأ بجوار سرة البزرة ، يكون قد امتد الى سطح الرئة  
وأصبح مستحكما . لذلك لا يمكننا التعويل كثيرا ، على مسامع الصدر ،  
لاكتشاف الإصابة في بدء ظهورها .

يرى القارىء في الرئة اليسرى من الصورة الرابعة الآتية رسوما مختلفة :  
منها مجموعة خطوط متفرعة (١) وفي الرئة اليمنى منها ، مجموعة دوائر صغيرة  
مبعثرة (٢) ومنها مجموعة حيدات متفرعة أو مجمعة وهي التي تسبب التجويغات (٣)



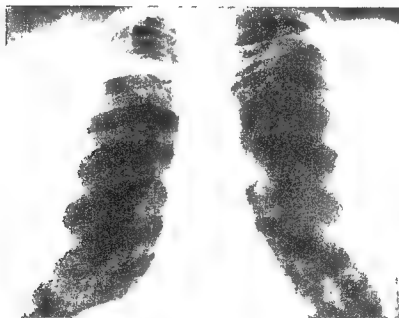
ليست الخطوط المتفرعة الانسجا مصابا ، ابتدأ يتحول الى ندوب (٤)  
وما الدوائر المبعثرة الا التهابات ، بجوار السرة ، تشبه بنسجها الخطوط . أي  
أنها ندية مثلها . أما الحيدات (٥) فتنبأ بوجود التهاب درنى فى العيون الرئوية .

Alveolites. (٢) Marbrures. Sequels. Tramites. (١)

Granules. (٥) Fibrous Tissue. (٤) Cavities. (٣)



اصابة درنية رئوية ندىية .



اصابة رئوية زهرية.  
« للتمييز بينها وبين السل الرئوى الندىى . »



فن الخطأ أن ندعوها « الحبيسة الباردة » . وتكون هذه الحبيات اما مبعثرة أو متجمعة ، اسفنجية الشكل . وربما تجبنت فيما بعد ونكست وشفيت . أو استمرت في التهاها ، ثم تماقت كتلاينة ، تاركه مكانها ، في النسيج الرئوى ، عددا من التجايف والحفر .

ولستُ في حاجة الى تذكير القارىء أن الباشلس يتسرب ، الى أنحاء الرئة المختلفة ، بطريقة الاقنية البغاوية والمجارى الدموية . وتسربه ، بالطريقة الاولى ، يكون بطيئا ولعله يكون أخف وطأة .

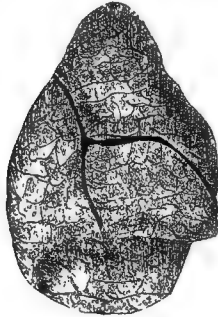


## الفصل الخامس

### النزيف الرئوى

لا أقصد، فى هذا الفصل، أن أبسط جميع الأسباب، التى من أجلها نشاهد دما فى البصاق، اذ ربما كان سبب هذا الدم التورم أو التضخم فى اللوزتين أو الحلق بل أريد الاكتفاء بالكتابة عن النزيف الحقيقى: أى خروج الدم، من الرئة المعتلة، عن طريق الفم أو الأنف، بكمية كبيرة، اما دفعة واحدة واما على دفعات متعددة.

لا أقدر أن أنسى حادثة دعيت إليها، منذ مدة قصيرة. ذلك أنى وجدت شابا، مصابا بالتدرن فى الرئة، يناهز السادسة والعشرين من العمر، ملقى على سريريه والدم يتدفق من فمه وقد علا وجهه الاصفرار وذبلت عيناه وكان قلبه ينبض نحو مئة وأربعين نبضة فى الدقيقة وكل من حوله ينوح ويندب!



الرئة اليمنى  
(فيها ثلاثة فصوص)

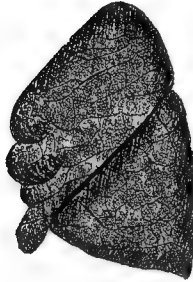
بعد فحصه بالسماعة (مسماع الصدر)، وجدته يشكو من تجويف في الفص الأعلى من الرئة اليمنى واذ لم أتمكن من ضغط رئته، بادخال الهواء في تجويف البلورا، لتبسيطها واقصال ذلك التجويف، اضطررت الى استعمال الادوية والطرق العلاجية وتمكنت، بعد أيام، من وقف نزيف الدم.

يسألنى القارىء ما هو السبب في نزف الدم من الرئة؟

فأجيب: تنتشر الاصابة الدرية في الرئة، فتحدث نغرا في الانسجة وأحيانا في الاوردة والشرايين الصغيرة، فيخرج منها الدم الى شعبيات الرئة بكثرة ويصل الى احدى الشعبتين الكبيرتين، ثم يخرج من الفم. فيمكننا اتخاذ الحادثة، التي ذكرتها في ما تقدم، مثلا لنخر الاوردة أو الشرايين الصغيرة الشعرية، في التجويف الذي يحدث، في الرئة للمصابة.

ويسألنى القارىء: واذا لم يحدث هذا، بل تطورت أنسجة الرئة واستمالت الى ندبة، هل يمكن أن يحدث، بعد ذلك، نزيف من الرئة؟

فأجيب: نعم! لينظر القارىء الى جرح اصابه، في أى جزء من جسمه، أو الى عملية فى البطن، عملت له، فيرى. عند التام الجرح، خطأ أيضا وهذا الخط يمثل نوعا من الانساج الضعيفة، لا يمر فيها الدم<sup>(١)</sup>. وكما يلتئم الجرح فى الجلد، يلتئم أيضا فى الرئة فاذا أوجد بائس كوخ التهابا فيها وبذر سموه وأوجد جروحا وقروحا فى أنساجها، ثم اقترض هذا المكروب وأخذت هذه الانساج بالشفاء واقتربت أطراف الجراح الواحدة من الاخرى وانصقت بعضها ببعض وقدر للرئة الشفاء، على هذه الطريقة، فان ذلك الالتئام يظل ظاهرا كاللحام.



الرئة اليسرى  
( فيها فسان )

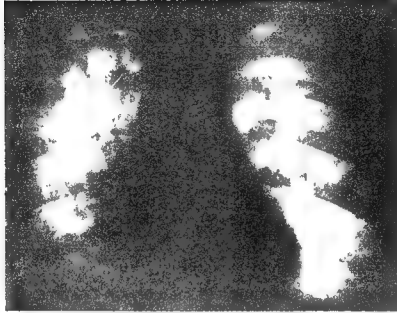
نفرض أن لدينا كرة من المطاط (١) ، في جنب من جانبها لحام ونفخنا هذه الكرة، نفخا شديدا ، فأتنا نعرضها للتمزق في نقطة اللحام . وهذا ما يحدث عند ما يصبق الانسان دما من رثته . فربما مزق المصاب « لحام » رثته من جراء التعب من الركض ، أو من السباحة ، أو غير ذلك من الاسباب المجردة ، وعندئذ تتمزق بعض الشرايين ، أو الاوردة ، بجوار اللحام .

لا يعتبر دما مآخروج الدم من الرئة، الى أنابيب الهواء ، دليلا على شدة المرض . ولا يحسن أن يقال حينئذ أن فلانا، في آخر درجة من درجات السل وأنه مشرف على الهلاك، لأنه يصبق دما ، أو أصيب بنزيف من رثته . إذ أن هذا الحكم يكون خطأ في بعض الأحيان : إذ قد يحدث نزيف من الرئة في غير المصابين بالتدرن الرئوي . مع ذلك يمكننا القول أن ٩٠ في المئة من الذين يشكون النزيف الرئوي ، مصابون بالتدرن .

لا يحدث النزيف كثيرا في القتيان ولا في الاطفال ولكنه ، حين يصيب الطفل ، يكون شديد الوطأة عايه .

---

(١) الكارتشوك



### النزيف الرئوي

الحفرة المشار اليها، سببت نزيفا رئويا (كما جاء في هذا الفصل).



### سل رئوي ندي

مصحوب بحفره كبيرة لم تسب نزيفا.





يكثر حدوث النزيف الرئوي الدرني في الربيع وفي الخريف . ولكنه لا يؤثر فيه استمرار الحروالبرد، الا اذا كان هناك، تغيرات فجائية متواصلة .  
يكثر هذا النزيف ، أثناء الطمث ، في النساء المصابات ، العصيات ،  
السريعات التأثير . ثم أنه وحده لا يسبب الموت . بل أن الذي يسبب الموت  
عادة هو الاختناق من قلة الاوكسجين ووقوف حركة القلب .

نعالج النزيف من الرئة بالاستراوخ (حقن الهواء في تجويف البلورا) (١) .  
اما اذا كانت الالتصاقات البلورية، داخل الصدر، كثيرة ومتسعة ولا تسمح  
بتهيئ الرئة ، بواسطة الضغط عليها، لو أدخلنا الهواء في تجويف البلورا ، عالجنا  
هذه الحالة باستئصال عصب الحجاب الحاجز (٢) أو بالعلاج الجراحي الكبير  
أى بتطبيق الصدر (٣) .

وإذا استصوب الطبيب اتباع الطرق العلاجية ، وضع كيسا ، فيه ثلج ،  
على موقع النزيف والتجأ كذلك ، الى العلاجات التي تقلل من شدة الضغط  
في الاوردة .

أما اختيار العقاقير ، فيرجع الى حكمة الطبيب الاختصاصي ومعرفة .

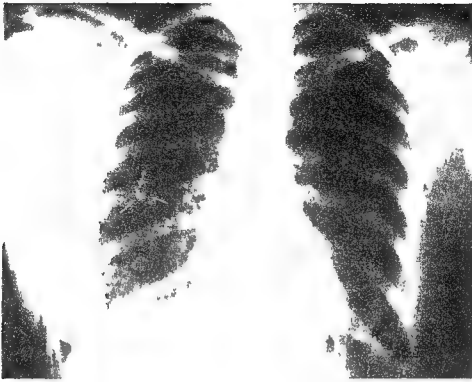
## الفصل السادس

### مراحل السل الرئوى « الثلاث . »

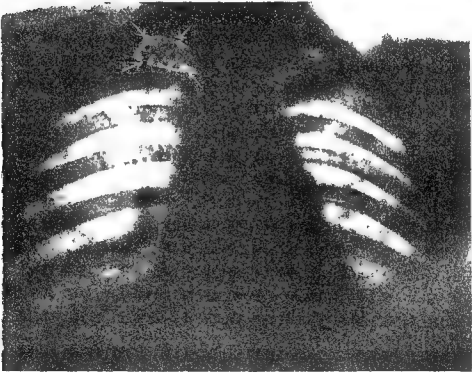
يذكر القراء أبني، في الفصل الثاني، حصرت قولي في طريقي المقاومة : العامة والموضعية . وأوضحت كلا من الطريقتين ، على حدة . وأشرت ، بإيجاز ، الى طرق العلاج ، ذاكرنا بعض العقاقير التي نستعملها لتزيد مقاومة الجسم لمرض التدرن . ولكي ، لم أتكلم عن طريقة حقن الهواء في تجويف البلورا ولا عن الأقليم والراحة والغذاء وعلاج التدرن خارج الرئة والعمليات الجراحية المتبعة في علاج تدرن الرئة . وما ذلك ، إلا ، لأنني سأشرحها في فصول مستقلة ، يجدها القارئ فيما بعد وأوضح ، بأسهاب ، كل ما يمكن أن يفهمه الفرد المتقف ، تنقيفا عاما .

أما في هذا الفصل ، فكلأني عن مراحل السل الرئوى الثلاث :

كثيرا ما نسمع الناس يدون رأيهم ، اعتباطا ، فيقولون : فلان في الدرجة الأولى من السل ، فلا خطر عليه بعد أو في الدرجة الثانية ، فلا يرجي له شفاء . وهم ، في هذا التقسيم ، لم يبتعدوا كثيرا عن الترتيب الفني لسير المرض ولكن الفسكرة ، التي يبنون عليها آراءهم ، خطأ محض اذ أهمهم ، يعتبرون هذه الدرجات مقياسا للمساءة الموجودة بين هذا المريض وسهابة حياته . الرأي السائد ، ذو أن الدرجة الثانية أقل خطورة من الدرجة الثالثة والدرجة الثالثة هي اليأس المحم ، فالمرء وهذه اعتقادات أقل ما يقال فيها أنها سخيفة ولا أساس لها من الصحة ! الأصح ، هو أن قيس درجات السل الرئوي تتطور انساج الرئة من اللين الى الصلابة . ففي الدرجة الأولى ، يتسرب المرض الى الأنسجة فتظهر لينة ونسعى ذلك ، ارتشاحا ، أو « احتقاناً » أما في الدرجة الثانية وهي دور



التعقد الابتدائي  
( المرحلة الأولى )



عقد متكلسة في قمة الرئة اليمنى  
( المرحلة الثالثة )

قبل هذا بعض أدوار المرحلة الثانية ( مرحلة الانتشار ) : كما في المراتحة  
والمتة صمعة ٤٧ - والاختقار المبكر صمعة ٧٣ .



امتداد المرض الى الأنسجة المجاورة ونسميه « تعميما » ، فتكون هذه الأنسجة كذلك لينة . اما في الدرجة الثالثة وهي درجة « النشوة » ، فتكون الأنسجة المصابة قد أصبحت متكلسة أى صلبة، فتوقف حركة الباشلس الذى ينخرها ويمتص المكروب من افراز سمومه في الدورة اللفاوية والدورة الدموية ونشرها في أطراف الجسد . وهذه الدرجة هي الأسلم عاقبة .

كان الدكتور « فون رانكه » (١) استاذ المانيا في مونيخ . ولما كنت في تلك المدينة ، تبعت كثيرا الاعمال التى قام بها ودرست نظرياته بتوسع . ومع أن الأستاذ بتروشكى كان قد وصف لنا ، منذ سنة ١٨٩٣ ، التشابه بين مَرَضَى التدرن والزهرى وأوضح لنا ، أن كلا منهما يسلك مسلكا ذا ثلاث مراحل ، إلا أننى أشعر ، كما يشعر به الكثيرون معى ، أن الفضل يرجع الى رانكه في تقسيم مراحل هذا المرض ، تفسيبا جليا ، اذ جعلها ثلاث مراحل : (٢)

المرحلة الاولى : التعقد الابتدائى ( التلقح )

المرحلة الثانية : الاحساسية الزائدة ( انتشار المرض )

المرحلة الثالثة : المقسامة أو المناعة السبية ( التكلس )

ما هو التعقد الابتدائى ؟

هو اصابة درنية ، في الجزء الخارجى من الرئة ، تحت الغشاء البلوروى الاحشائى ، يظهر لنا غالبا في الجزء الأعلى أو الأسفل من الرئة اليمنى ، ونراها ، عند الكشف بأشعة اكس ، كنقطة أو كبقعة عاتمة ، غير شفافة ، وإذا قنا بفحص رئة المصاب ، بعد الموت . وجدنا أن تلك النقطة ، أو تلك البقعة الغامضة ، هي درنة ، صغيرة

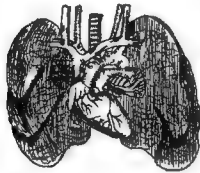
---

(١) Heinrich Von Ranke

(٢) قبل هذا أقول بتقسيم الاستاذ اينان لامانت التدرن في الفصل الثلب والتلاميذ .

أو كبيرة متكلسة ، تحتوي على جرثومة السل . وقد بات المكروب فيها ، سجيناً ، محاطاً بغلاف لا يمكنه الخروج منها .

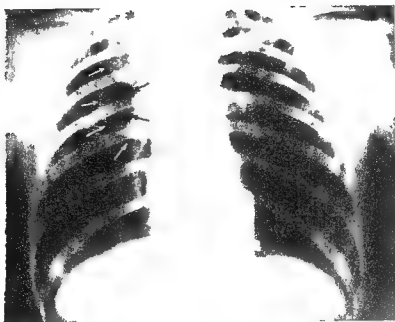
نجد هذا التعقد الابتدائي في الصدر ، لا في مكان آخر ، لأنه ، كما سبق وأوضحنا للقارىء ، تحدث الإصابة باستنشاق المكروب ، مع الهواء ، عن طريق الأنف والفم . وبما أن الرئة تكون ، اذ ذاك ، - ميناء الدخول الى الجسد - فتكون ، بالطبع ، أكثر تعرضاً للعدوى . واذا اعتبرنا الأمعاء ، باباً آخراً لدخول المكروب الى الجسم ، مع اللبن الذى تتغذى به ، نجد أن الاصابات ، التى تحدث عن طريق الأمعاء ، لا تتجاوز جزءاً بسيطاً في المئة ، من معدل مجموع اصابات التمدن كلها .



القلب والرئتان  
(منظر أمامى)

ما هى الاحساسية الزائدة ؟

هى المرحلة التى ، بدلا من أن يعاني فيها المكروب مرارة السجن في الرئة ضمن غلاف يحميه ، كما جاء فيما تقدم ، يأخذ في الانتشار ، متبعاً طريقاً واحداً أو أكثر من الطرق الآتية ، الى أن يصل الى أى عضو في الجسم ، فيفتك به .



### الاحتقان المبكر

أصابه ما بين الترقوة والسرة، مع حفرة، في الرئة اليمنى



### تطور هذا الاحتقان

ذوال الحفرة وتحول الأنسجة المحيطة المتورمة الى طرية لزجة .





١ - ينتشر المكروب بالتلاصق . وبالأخص في الرثة لأنها عضو مركب من نسيج هش ، قصيف كالاسفنج ، سهل التمزيق . وخصوصاً أن هذا العضو ، دائماً أبداً ، في حركة مستديمة أثناء الشيق والزفير .

ب - ينتشر سابحاً في سائل الآقية اللعابية (١) . ثم ينفذ هذه الآقية الى الغدد التي تحيط بها ويحدث فيها تضخماً ، كما نراه غالباً ، في أعناق الأطفال .  
ت - يدخل المكروب في مجرى الدم . ويسير في الدورة الدموية فيؤدي بالمريض الى الموت العاجل .

ث - ربما انفجرت بؤرة درنية وانتشر المكروب في مجارى مختلفة ، كالشعبيات في الرثة ، مثلاً ، أو القناة الهضمية ، أو المجارى البولية ، أو الجهاز التناسلي .  
بهذا الانتشار ، يتولد في الجسم احساسية (٢) ، هدفها وتيجتها إيجاد ما نسميه : « مناعة مكتسبة » وهذه الاحساسية ، شديدة (٣) كانت أضعفة (٤) ، تولد مقاومة في الجسم . وهذه المقاومة ، عمومية كانت أم موضعية ، اما ان تكبح جماح المكروب وتوقف سير المرض بسرعة أو تخفق . فإذا أخفقت نوعاً ، طال أمد النضال بين هجوم ودفاع ، الى أن ينتهي الامر ، اما بموت الفرد أو بانتقاله الى المرحلة الثالثة ، التي نسميها « مرحلة المقاومة » أو « المناعة النسبية » .  
ما هي المناعة النسبية ؟

هي قوة الدفاع التي تظهر في جهازنا ، بواسطة المناعة المكتسبة الناشئة عن الاحساسية ، كما تقدم ، وذلك بواسطة :

(١) مجارى تحيط بمجلاي الجسم كلها يسيل فيها اللعاب . وهو سائل ابيض .

(٢) Allergy (٣) Hyperallergy (٤) Hypoallergy

١ - مواد مضادة لسموم العدوى ، يفرزها الجسم لمقاومة المكروب ، تساعد الأعضاء على التخلص منه بشكل عام .

ب - جفاف الأنسجة وتكلسها لمنع تقدم المكروب بشكل موضعي وسجنه في مكانه .

لقد وضع الأستاذ رانسكه هذه المراحل الجوهرية الثلاث ، وكافهمه ، قال انها تمتد في حياة المريض على هذه الصورة . ولم يفعل ذلك ، الا حين رسخ هذا الاعتقاد في مخيلته ، بعد ان قام باختبارات عديدة في مختبره ودرس طويل شاق في قاعة التشرح . أما ريديكر (١) وهو استاذ الماني آخر ، جاء بعده ، فقد قال : أصاب رانسكه في تقسيمه الثلاثي هذا ، لمرض السل . ولكنه لم يعن بهذا التقسيم امتداد المرض في « حياة الفرد كلها » ، بل إنما قصد ، بقوله هذا ، مدى « حياة الاصابة الواحدة » وادوارها .

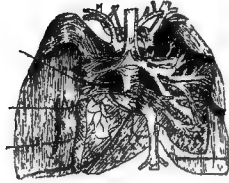
وجاءت الحوادث والبحوث الاخيرة مؤيدة لرأى ريديكر الصائب ، لانه ، بهذا الرأي الحديث ، حدد اراء رانسكه وأظهر ، بوضوح ، جهوده وعمله الثمين . في الاستعراض السابق ، يرى القارىء ، بجلاء ووضوح ، الضلال الذي يهيم فيه العوام وكيف أنهم يتسرعون في ابداء آرائهم الخاطئة ، الضارة ، البعيدة عن الصواب .

جاءت لبيادتي يوما ، سيدة مريضة ، تصحبا شقيقتها وابنتاها . وكن ، جميعا ، في حالة ذعر شديد امتد الى الكلب الذي راققهن !! أقول لهما القارىء السبب في ذلك ؟ هو أن المرأة رأت ، في بصاقها ، قليلا من الدم !!



فون رانكه





القلب والرئتان  
(منظر خلفي)

أسرعت إلى الشقيقة هامة وشفاتها ترتجفان وعيناها جاهفتان : و ليست شقيقتي في الدرجة الثالثة من السل ، فأفهمتها أن خروج الدم من النعم لا يعني وجود المرض . فقد يخرج الدم من بلعوم محتقن أو من معدة مصابة بقرحة . ولنفرض أن الدم من الرئة فلا يعني ذلك دائما وجود اصابة درنية . بل قد يكون نتيجة التهاب رئوي ، غير درني ، أدى الى التصاق غشائي البلورا ، بعضها يعمض وبالرئة . فنشأ من هذا الاجهاد أو السعال تمزق الالتصاق وحدث النزيف .

وفعلا ، بعد فحص المريضة بالأشعة ، وجدت التصاقات بلوروية في جانبيها الأيمن . إذ أنها كانت قد أصيبت « بذات الجنب » منذ ثمانى سنوات . فإرسالتى فى اليوم التالى بصليها ، الى المختبر الكيماوى ، لجاء الجواب ، بعد التحليل ، نافيا للاصابة . رأيت ، عندئذ ، أن فحصى فى العيادة ، وتحليل البصاق فى المختبر ، تضافرا على استئصال تلك الفكرة الخاطئة من رأس شقيقتها المضطربة وعادت اليهن جميعا الطمأنينة التى تبعها المعرفة الصحيحة .

ويخيل لى أن ذلك الكلب الأمين يربض الآن آمنا عند قدمى سيدته ....

## الفصل السابع

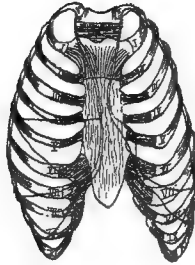
### تدرن البلورا أو ذات البلورا الدرني

هذا موضوع هام جدا يحدر بنا ، قبل معالجته ، أن ندرس معا ، بإيجاز ، تركيب الاعضاء التي هي تحت البحث الآن ووظيفتها ، فأقول :  
يكتشف الرئة غشاء ، نسميه البلورا ، مؤلف من طبقتين ، طبقة تلتصق بالرئة نفسها ، نسميها « الطبقة الاحشائية » ، وطبقة تلتصق بالقفص الصدري ، من الداخل ، نسميها « الطبقة الجدارية » .

وهاتان الطبقتان رطبتان ، زلقتان ، تحتكان ، أثناء الشيق والزفير ، بسهولة : مما يجعل حركة الرئتين سهلة مطلقة . فاذا دخل في الغشاء عامل غريب ، أحدث تغييرات باثولوجية (١) وأصبح الغشاء أكثر رطوبة وانتفخ متورما . والعوامل التي تسبب تغييرا باثولوجيا ، في هذا الغشاء أي البلورا ، متعددة . أشهرها :

١ - أولية أى ناشئة من البرد . اذا كان الالتهاب من النوع الجاف ، سبب نمر أو وخزا في الجنب ، يتلاشى عندما تعود البلورا الى حالتها العادية الطبيعية . أما اذا تطور الجفاف الى ارتشاح يتجمع ، بين طبقتي الغشاء ، فلا يعود المريض يشعر بالوخز في جنبه . ولسكنه لا يعتبر سليما . دهافي ، الا بعد أن تكون قد زالت الرطوبة كلها .

وهذا الالتهاب البسيط ، المصحوب بارتشاحات ، كثيرا ما يكون سببا للتفكير والبحث والجدل ، عند ما نهمّ بسحب المادة السائلة ، المتجمعة ، لتقصير مدة المرض ، مخافة أن يكون ، وراء هذه الارتشاحات ، اصابة درنية كامنة ، تضطرنا الى الامتناع عن تفريغها ، اذا كان اجتناب هذا النوع من العلاج ممكناً .



اضلاع الصدر  
وانعكاسات البلورا  
(منظر امامي)

قد يسأل القارىء : لماذا ؟ - الجواب هو أن مثل هذا السائل العقيم (١)  
أى المسبب عن عدوى مكروب من نوع واحد ، كثيرا ما يصبح ، بعد عملية  
ثقب الجنب ؛ و خصبا ، (٢) . أى ، إذا ادخلنا ابرة ، فى جنب المريض ، وصلنا  
بها الى الطبقة الجدارية من البلورا ، فثقبناها وبزلنا السائل المتكون بين الطبقتين ،  
ربما أحدثنا هناك مضاعفات . أى أن مكروبات أخرى قد تسرب الى الأجزاء  
المريضة فيصبح شفاؤها صعبا . وإذا تطورت الارتشاحات الموجودة الى مادة  
صديدية ، نسميها « ديلة » (٣) ، أصبحت وطأة المرض شديدة ومدته طويلة ،  
فباختيارنا أهون الشرين ، نضطر الى قطع ضلع أو ضلعين وثقب طبقة البلورا  
الجدارية ونفريغ المادة الصديدية منها وتثبيت أنبوب من المطاط يسحب بقايا  
السائل ، الذى نزيد تجفيفه وما قد يتجمع من مادة صديدية فيما بعد .

لواتبعنا هذه الطريقة ، فى علاج الديلة (المادة الصديدية) العقيمة ، جازفنا  
بتحويلها الى ديلة خصبة (مختلطة) . أما اذا وجدنا أنفسنا أمام حالة حى متواصلة ،



مع ضغط على القلب ، من جراء تجمع المادة الصديدية في الصدر وأصبحنا نخشى حدوث الفساد الشحمي أو الشمعي ، في أعضاء الجسم الداخلة وعلى الأخص في الكبد أو الكلى ، فلتجئ مضطرين الى هذه الطريقة العلاجية .

٢- ثانوية لأي نوع من العدوى ، يصل اليها ، بواسطة الدورة الدموية أو الدورة اللمفاوية . أو امتداد من رئة مصابة بذات - الرئة أو بخراج أو بفنغرينا أو بتمية غريبة جديدة . أو من شفاف القلب ( التامور ) (١) المصاب . والتهاب البلورا يسبب مرضا في الكبد أو في البريتون (الباريطون) أو خراجا ، تحت الحجاب الحاجز ، نسميه اصابة صاعدة . وقد يؤدي مرض الرومازم المفصلي والالتهاب الحلقى ، الى ما نسميه التهاب البلورا الانبذاري (٢) . أي أن العدوى تنتقل من مركز الاصابة الأصلية ، بواسطة الدورة الدموية أو اللمفاوية ، الى أجزاء أخرى في الجسم حيث تتمكن فيها وتسبب اصابة ثانوية .

قسم المتقدمون التهاب البلورا الى قسمين :

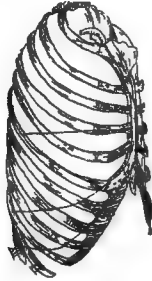
الاول : الالتهاب الذي لم تسبقه اعراض ولم يعرف عن سببه شيء .

الثاني : الالتهاب الذي يمت الى اصابة مجاورة له أو الى اصابة أخرى انبذارية .

أما الآن ، فقد ثبت لنا أن الشطر الاول من هذا الرأي القديم خاطئ . وأن مرض التدرن هو السبب الحقيقي ، في الالتهاب ، الذي لا نعرف عن أسبابه شيئا .

يجب أن لا يستغرب القارئ قولي له أن في ٥٠ في المئة من حالات التهابات البلورا ، المصحوبة بارتشاح ، نجد باشلس كوخ في المادة السائلة التي نخرجها بالبرل . وإذا اعتبرنا جميع ما لدينا من المعلومات والأدلة المختصة

بحالة البلورا، في جميع أدوار التدرن الرئوي، لا نكون بميدن كثيرا عن الحقيقة، لو قلنا أن ٩٥ في المئة من حالات التهاب البلورا المجهولة السبب، والمصحوبة بارتشاح، منشأها مرض التدرن دون سواه.



اضلاع الصدر  
وانعكاسات البلورا  
(منظر جانبي ايمن)

قسم التهابات البلورا الى نوعين رئيسيين :

١ - التهاب البلورا الجاف . يشعر المريض ، في هذا النوع من الاصابة ، عند السعال وعند التنفس العميق ، بوخزة في الجنب . ويسمع الطبيب ، عند الفحص بواسطة ساعة الصدر أو الاستماع بالأذن، صدى احتكاك بين طبقتي البلورا ، يشبه احتكاك قطعتين من الجلد . وكما قلت سابقا ، قد يصاب المرء ، بهذا المرض، لو تعرض مدة طويلة لمجرى هوائ بارد . ثم يشفى منه بعد علاج بسيط أو يتطور الى النوع الارتشاحي . وربما كان التدرن سبب هذا المرض . وقد يظهر مصحوبا بارتفاع قليل في الحرارة . وهذه الحالات نعالجها بالراحة التامة وبالمدقات، على الجنب المصاب، ثم بالأدوية من الداخل، كالسليسلات والديونين والكوديين وهلم جرا .

## ٢ - التهاب البلورا المصحوب بارتشاح .

وهو ثلاثة أقسام : المصلي (١) والصدیدی (٢) والنزفي (٣). أما نتائج هذا النوع الارتشاحي من الالتهاب ، فكثيرة مختلفة ، منها :

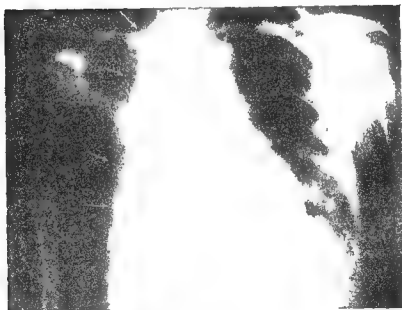
١ - يظهر الالتهاب السليم العاقبة مصحوبا بحمى مع ارتشاح قليل ولدى الفحص يجد الطبيب أصمية خفيفة عند القرع بالأصابع . وقد لا نسمع صوت السائل عند هز المريض بشدة . وربما بقيت هذه الحالة غامضة الى أن يكشف على المريض بأشعة اكس وكثيرا ما تمزج البلورا هذا الارتشاح فلا يبقى له أثر .

ب - يصحب التهاب فبريني (ليني) مصلي (٤) أى أن السائل يكون كثيفا . وهذه الاصابة ، اما أن تكون مستقلة أو نتيجة للوع السابق ، أى أن هذا النوع بدلا من أن ينتهى بالامتصاص ، يتكاثر فيه السائل الكثيف ويولد ارتفاعا في الحرارة . وقد يضغط على القلب ، فيميل به عن موضعه ولا نعرف مقدار هذا الضغط ، الا بواسطة الأشعة . فيجب والحالة هذه أن لا تأخر عن فحص المريض بأشعة اكس وأخذ صورة كاملة لصدره عند الزوم والتشخيص ، في هذه المرحلة ، سهل لأننا اذا هزنا المريض نسمع صوت السائل ضمن القفص الصدري . على أن هذا لا يغنينا عن الفحص بالأشعة .

ت - يتحول الارتشاح ، بعد بقاءه مدة في تجويف البلورا ، من مصلي أو فبريني ، الى مادة صديدية ، فتصبح الاعراض عندئذ حادة ، اذ ترتفع درجة الحرارة ويظهر في الجسم ، رد فعل شديد ويصحب هذه الحالة ، عادة ، قيء وعرق كثير . واذا كان تصبب السائل غزيرا ، ضغط على الأعضاء الداخلية كالقلب والرئتين وسبب ضيقا في التنفس ، فتنظر ، اذ ذاك ، الى تفريغ البلورا



ارتشاح صديدي  
في تحوف البلورا الايمن



• معالجة هذا الارتشاح  
بامتصاص الاصلع البنى



وغسلها بمحلول مانع للتحفن ويقول بعض الأطباء لا فرق في نوع المحلول ، الذى نستعمله ، ما دام معقما وغير مهيح للانسجة ، اذ أن حصونا على نتيجة حسنة لا يتوقف على نوع المحلول الذى نستعمله ، بل على التفريغ نفسه وأراحة البلورا . فإذا استمر الارتشاح ، خشينا تكوين عقدة درنية ، تتحول مع الزمن الى خراج . يتصل بتجويف البلورا . وفي هذه الحالة ، يصبح الشفاء متعذرا . وإذا ابتدأ الامتصاص ، ظهر لنا تحسن في الحالة والتقدم الى الشفاء وبانت الالتصاقات البلورية ، التى تساعد غالبا على تثبيت الرئة ومنعها من الحركة . وهذا ما نرمى اليه عادة في علاجنا .

وعلى ذكر التصاقات البلورا وثبيت الرئة ، أزيد على ذلك أننا نجد في أمراض البلورا ، بعد الكشف ، التصاقا بالرئة ، عند قاعدتها : يجعل الرئة قليلة الحركة . وإذا عرض شخص كهذا نفسه لاجهاد ما ، يتمزق هذا الالتصاق ويصبح المكان قابلا لالتقاط الإصابة الدرنية . وكم من الرياضيين والمصارعين لقوا حتفهم بمرض التدرن المنفجر ، الصاعق : وما ذلك الا نتيجة تمزيق التصاقات قديمة في البلورا ، وظهور اصابة درنية جاورسية .

ث - يصبح الافراز ، في التهاب البلورا الدرني الحاد ، صديديا بسرعة وترتفع الحرارة ، الى درجة عالية ، تصحبها قشعريرة وقىء وضيق في التنفس ويكون النبض سريعا قصيرا .

فبازاء اصابة كهذه ، نجد أنفسنا أمام أخطار جمة ، كاتقارب الرئة أو امتداد الإصابة الى الرئة الأخرى أو انتشارها . وبالرغم من الاستمرار في البزل وتطهير تجويف البلورا ، غسلا ، تكون الإصابة غالبا ملسكة .

ج - قد تصاب البلورا بانواع مختلفة من المكروبات مع باشلس كوخ . أى أن الإصابة تكون مختلطة ، فتنتهى الى التسمم .

وقد يعيش المريض ، أشهراً بعد البزل وتطهير تجويف البلورا . لكنه ، لا محالة ، هالك بعد مدة ، بسبب فقر الدم الشديد والانحطاط الناشئ من الفساد النشوى أو الدهنى أو الشمعى .

ح - اذا زاد التصبب البلورى ، يضغط على الرئة ولا يلبث أن يقرض طبقة البلورا الداخلية الاحشائية أو يمزق بعض الالتصاقات ، فتعرض الحلوات والعيون الرئوية للاصابة . فاذا حدث ثقب الرئة لجأه ، شعر المريض بألم حاد وبصعوبة فى التنفس وسعال جارح . اما اذا قرض الافراز ، يبطئ ، الطبقة الاحشائية من البلورا وسمطح الرئة ، كانت الاعراض أقل حدة وبصق المريض ، من فمه ، الارتشاح البلورى وأصيب بالقيء تكراراً .

لا يكون ثقب الرئة فى جميع الحالات ، ميتاً . فالتنا نعرف حالات كهذه انتهت بالشفاء التام ، لأن الارتشاح لا يحتوى على مكروبات ممتة . أما اذا ثقت الرئة ، عند ما يملأ تجويف البلورا افراز صديدي كثير ، فالتقيح يستمر لمدة طويلة وترفع الحرارة ويشتد القيء وينتاب المريض الضعف والسقم .

فاذا لم توجد وسائل نافعة ، لمعالجة هذه الحالة ، أمكننا القول : أن ثقب الرئة مع وجود افراز صديدي فى البلورا . لا بد أن ينتهى الى الموت العاجل .



## الفصل الثامن

### منع البلورا او استرواح الصدر الذاتى

اشرت مراراً فى الابحاث السابقة ، الى استرواح الصدر الاصطناعى ، اى حقن الهواء فى تجويف البلورا وذلك بغرز أنبوب دقيق كالابرة فى جنب المريض ، بين الاضلاع ، يخرز الطبقة الجدارية ويدفع الهواء بين طبقتى البلورا - الجدارية والاحشائية من جهاز ضاغط ينفخ التجويف ، فنزحم الرئة ونقرعها من الهواء ونلصقها بمتصف الصدر ، هابطة ، منكمشة على نفسها ، لاراحتها من عناء التنفس واعدادها للشفاء .

اما الاسترواح الذاتى ، فهو الدخول الطبيعى للهواء الخارجى ، من القم وبطريق الرئة ( التى تكون شدة المرض قد مزقت انسجتها ) ، الى تجويف البلورا ، فيحدث الهواء ضغطا ايجابيا فى هذا التجويف . ( ولا يتم هذا الضغط الا اذا حصر الهواء الداخلى بين طبقتى البلورا كما لو حصر بصمامات تمنع خروجه . ) لا نكون مغالين اذا قلنا ان السل الرئوى هو السبب فى ٩٠ فى المئة من هذا التمزيق ، فى الرئة وفى البلورا ، المؤدى الى الاسترواح الذاتى . وما بقى نسبته الى الخراجات الرئوية أو الجراح او انتفاخ الرئة .

ولا يحدث مثل هذا الاسترواح ، فى الدرجة الاولى من مرض السل ولا فى الدرجة الثالثة ايضا ، الا نادراً . اذ تكون الانسجومات الدرية قد اكتملت فى الانسجة المريضة . بل نراه فى الدور الثانى من الالتهاب واتساع الاصابة ، اى عند ما تكون الانسجة المصابة لينة .

نعم كل العلم ان الالتهابات الدرية تحدث حفراً فى الرئة وبذلك تضعف



انسجتها فتمزق . وإذا وجد هذا التمزيق أو هذا الحفر ، على سطح الرئة ، اتلب الطبقة البلورية الأحشائية وتسرب الهواء ، كما قلت ، من الرئة الى تجويف البلورا .

فاذا التأم الشقوق وانقطعت صلة تجويف البلورا بالهواء الخارجى ، اى اذا سد المنفذ الذى فتح فى البلورا الاحشائية ، فالهواء الذى يكون قد تسرب اليها ، يبقى سجيناً ويصبح استرواحاً صدرياً مسدوداً .

وهذا يحدث احيانا لمصاحبة المريض ، فنزيد الاسترواح المسدود بأن ندخل عايه ، من الجهاز الضاغط ، كمية أخرى من الهواء ليشدد الضغط على الرئة ويتم احباطها اذا امكن . فإذا لم يحل ظهور التصاقات بلورية ، دون احباط الرئة ، حولنا الاسترواح الذاتى الطبيعى الى طريقة اصطناعية للعلاج .

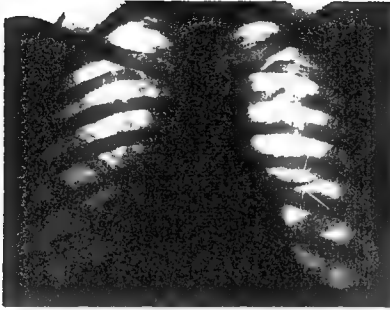
يسهل علينا غالباً تشخيص الاسترواح الذاتى . فالمرضى يشكو ألماً بخامياً وسعالاً وضيقاً فى التنفس مصحوباً بسرعة متزايدة فى النبض وازرقاق وعرق كثيراً . و احياناً ، يكون مقدار الهواء زهيداً ، لا يدرك بغير الاستماعة بأشعة اكس .

ان مضاعفات الاسترواح الذاتى تكون احياناً ؛ ديدة . اذ ربما تكون بؤرة رئوية افرغت محتوياتها ، من سموم وباشاس على الأنسجة المجاورة الممزقة . فأحدثت اصابة عمومية خطيرة ، او ربما ادى هذا الى ظهور مادة صديدية فى تجويف البلورا (١) .

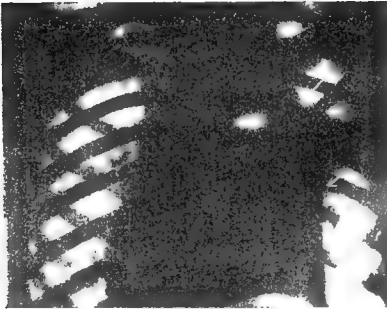
---

(١) اقرأ الفصل الرابع والثلاثين : حقن الهواء فى تجويف البلورا ، او استرواح الصدر الاصطناعى .

حادثة نمرة ١



حادثة نمرة ٢



• زع البلورا او استرواح الصدر الذاتي  
يرى القارىء فى الرسمين حدود الرئة كما هو مـشار إليها .



## الفصل التاسع

### بحث آخر في التهابات البلورا وعلاجها .

لقد أوضحت في الفصل السابق أن التدرن منشأ جميع التهابات البلورا التي لا نعرف عن سببها شيئا . وقسمت التهاب البلورا الى قسمين : النوع الجاف وهو غير الدرني والنوع الرطب وهو في الغالب درني وله درجات تختلف في حدتها من « الديلة » الى « انتقاب الرئة » وينت للقارىء كيف أن غشاء البلورا ، ذا الطبقتين ، يحيط بالرئة من جميع جهاتها وكيف أن التصبب المتجمع بين طبقتيه ، مصلا كان أم صديديا ، يسبب ضغطا على الرئة الأخرى وربما أزاح القلب عن مكانه . فربما يتصور القارىء ، بعد هذا الوصف ، أن التصبب المصلي أو السائل الكثيف لا يوجد الا بين طبقتي البلورا في الجنب . وهذا خطأ . فقد نجد بين طبقتي البلورا ، المجاورة للقلب ، فينفخ البلورا ويضغط على المركز المجاور ويزيح القلب وربما ملاء الفراغ الذى نسميه المنصف الصدرى (١) . فأننا نجد ، في التهاب البلورا الصدرى الرطب ، كمية من الافراز ، أحيانا وراء الرئة وأحيانا تحتها وربما عن يمينها وفي بعض الحالات حولها . وهذا الافراز يزحج القلب بالنسبة الى حجمه وقوة تأثيره فى المنصف الصدرى .

يصعب علينا أحيانا تشخيص هذه الحالة ، عند ما لا تكون كمية السائل كبيرة . فاذا كان الافراز كثيرا وتمكنا من سماع أصمية ، بواسطة النقر بالأصابع ، تطرق أحيانا الى الذهن استئاج آخر وهو وجود ورم أو نمو جديد غريب داخل الصدر . لذلك لانستطيع البت فى الحالة نهائيا ، الا بالفحص على لوحة أشعة اكس ، أو بتصوير صدر المريض .

---

(١) Mediastinum : فراغ فى الصدر عند تفرع الشعبتين .

وقد لا تمكن، بعد هذا كله، من الوصول الى تشخيص أكيد، فنجأ اذ ذاك، الى ابرة طويلة أو آلة بازلة، ندخلها في الجنب أوفى أى جزء من الصدر نرتاب في وجود سائل فيه، حتى اذا أظهر لنا البزل أن هناك ارتشاحا، فخصناه في المختبر لتتحقق من نوع الاصابة .

يعرف الكثيرون منا أن الرئة ليست كتلة واحدة، بل اجزاء، يدعى كل منها فص . فالرئة اليمنى، التي تتركز على الكبد، لها ثلاثة فصوص والرئة اليسرى، التي تحتضن القلب، لها فصان . وبين هذه الفصوص، فتحات، فيما طيات وانعكاسات البلورا . ففي هذه الفتحات، بين الفصوص، يتجمع الافراز أحيانا . ولو نظرنا الى الرئة، أثناء الكشف باشعة اكس، لرأينا الافراز باديا كأسفين بين فصيلين منها وربما أنبأنا الفحص، بمساع الصدر، بوجود احتكاك بين طبقتي البلورا الملتبته وأسمعنا ضعفا في اللفظ الحويصلى (١) .

قد لا يؤدي بنا خرز الصدر الى نتيجة، حتى ولو استعملنا ابرة أو آلة بازلة طويلة . ففي هذه الحالة نكشف على المريض بالاشعة ونصور صدره وهو مائل الى جانب واحد، فتأكد عندئذ اذا كان هنالك سائل أم لا .

اذا تسرب الارتشاح الى داخل أحد الفصوص، بعد ثقب غشاء البلورا الاحشائي، أصبحت الاصابة مختلطة وربما ارتفعت الحرارة وبق المريض افرازاته البلورية وساءت حاله وأصبح شفاؤه متعذرا . ورب سائل يقول : ماذا يحدث، من التغيرات. اذا بقى الافراز المصلى أو الصديدي في تجويف البلورا؟ وكيف نجد البلورا تقسها؟ وعلى هذا أجيب : نجد هذا الغشاء أكثر كثافة عن ذى قبل . ونلاحظ نقصا في مقدرة على امتصاص الهواء، (لو عالجننا الرئة بادخال الهواء بين طبقتي البلورا ) ، فيبقى الهواء مدة طويلة بين هاتين الطبقتين اللتين

ارتشع منها الافراز . وينتج من ذلك التصاق البلورا الجدارية بالرئة التصاقا يعرقل حركة انقباضها عند الزفير . فاذا زادت الالتصاقات ووصلت الى الأنسجة الرئوية نفسها ، أحدثت فيها تليفا وانكماشاً وشدا بالأضلاع الى الداخل ، فتضيق تلك الجهة من القفص الصدرى . فالتطور الليفى فى الأنسجة ، هو الذى يسبب هذا الانكماش ويكفن الأجزاء المصابة بما فيها من مكروبات ويغلظها ويحول دون تقدم واتساع التهاباتها . ولذلك تقول: اذا كانت الالتصاقات البلورية تعبت بسهولة التنفس ، فهى ، من جهة أخرى ، تعمل على كبح جماح الإصابة .

اذا عاجنا الرئة بنفخ البلورا ، يحدث أحيانا ارتشاح يترك ، بعد امتصاصه ، التصاقات تثبت الرئة ، فى وسط الصدر ، أى تجعلها كما كانت وهى خالية من الهواء وتمنعها من الانبساط . وأحيانا تترك هذه الحالة ، بين الالتصاقات فى تجويف البلورا ، فراغا تضطر معه ، حتى بعد الشفاء ، الى الاستمرار فى ملئه بالهواء لمنع ألم المريض أو قلقه .

وقد يسأل القارىء: لماذا يسبب ادخال الهواء بين طبقتى البلورا ارتشاحا؟  
فالجواب :

١ - أن ادخال الهواء ، بكمية كبيرة بين طبقتى البلورا الحساسة ، يخط جدرانها منطاً ، يحدث فيها تجريحا ، فيهيجه . وهذا هو سبب الارتشاح .

٢ - تعرض المريض للبرد وهو يحمل هواء فى تجويف البلورا ، ولو بكمية قليلة ، يسبب ارتشاحا .

٣ - الضغط الهوائى على الرئة قد يسبب اتئصال بؤرة درنية الى البلورا فتحدث ارتشاحا .

٤ - التسمم في البلورا ، على أثر ادخال الهواء ، يحدث ارتشاحا . ولكن من الخطأ أن ننسب هذا التسمم الى الابرّة التي تدخله بواسطتها . بل أننا ، بضغطنا على الرئة ، ندفع بالباشلس والمكروبات الأخرى ، الموجودة في بؤر درنية بعيدة عن البلورا ، الى سطح الرئة ، فتنقل منها الى طبقة البلورا الاحشائية ، التي تغطيها وتصبها اصابة حادة .

أما علاج ذات البلورا الدرني فعرقل جدا ويختلف كثيرا . فلترك التفاصيل للاخصائي ولنكتف بال رئيسيات .

يهمنا جدا أن نفرق بين التهاب البلورا ، الذي يحدث أثناء العلاج بالهواء الاصطناعي و التهاب البلورا ، الناتج من التدرن في البلورا نفسها .

يجب أن لا نزل الافراز المصلي أو الصديدي من الصدر وهو في حالة التجمع . ويجب أن لا نعيد الكرة ونستعمل طريقة التفريغ مرارا من غير أن تدعونا الحاجة الى ذلك . وينبغي ألا نفعل أمر الاشتراكات ، التي يمكن أن تظهر وتؤخر الشفاء ، كالناسور الدرني مثلا .

يجب تفريغ السائل تدريجيا . والافضل ادخال الهواء خلال التفريغ . فمنع التغيير المفجائي في الضغط الداخلي . وأحيانا ، ندخل في جوف البلورا زيتا معقما (١) ، نمنع بواسطته ، ظهور الالتصاقات الكبيرة ، التي توقف فيما بعد حرية الحركة في الرئة والبلورا .

في التهاب البلورا البسيط ، نوقف ادخال الهواء اليها ونشير على المريض بان يأوى فراشه ونصف له المدفئات على الجانب المصاب . أما العلاج بالأشعة فوق البنفسجية وغيرها فيساعدنا كثيرا .

يزداد افراز البلورا ، في مدة الطمث ، عند النساء المصابات بالتدرب ، فيستحسن ، عند معالجتهم وهن في هذه الحالة ، أن لا ندخل الهواء في تجويف البلورا . وإذا كان لا بد من ذلك ، فيجب أن لا نصل الى ضغط ايجابي .

وإذا كانت الرئة مثقوبة ، نوقف ادخال الهواء الى البلورا ونجتهد ، علاوة على ذلك ، في اخراج الهواء الموجود فيها وربما التجأنا ، تحت خطر احداث ناسور درني مستعص في جنب المريض ، الى فتح جدار القفص الصدري بقطع أو بنزع أحد الاضلاع وفتح البلورا وتفريغ كل افراز مصل أو صديدي واخراج الهواء من الرئة وتبسيطها .

وفي حالة تسمم البلورا وخشية انتشار المرض في الجسم كله ، لا يحسن اجراء فحاح واسعة في البلورا ، الا اذا اضطررنا الحالة الخطيرة الى ذلك .

ومن الممكن تجربة العلاج بالتلقيح وبالمصل الواقى لمحاربة الاصابة المختلطة . وبالاختصار ، يمكننا أن نقول أن القواعد الثلاث الآتية ، تساعد على تقليل الارتشاح وهي :

- ١ - عدم نفخ الهواء في تجويف البلورا . أثناء مدة الطمث .
- ٢ - ملاحظة درجة الحرارة ومراقبة أى ارتفاع فيها ، بعد ادخال الهواء .
- ٣ - عدم ادخال الهواء الى تجويف البلورا ، بكميات كبيرة والوصول الى ضغط ايجابي شديد . وعلى الأخص ، في بدء ممارسة هذا العلاج .



## الفصل العاشر

### كيف نجنب العدوى

لا يسعنا الا القول بأن انتشار السل يزداد تقدما ، في جميع أنحاء العالم ، بالرغم من الجهود المبذولة لمكافحته ويظهر أن الحالة ، في الحرب العالمية الكبرى وبعدها ، ساعدت المكروب على الفتك بالبشر . فان المنهوك القوى ، من رجال ونساء والمصابين بآلن العظام ، من أطفال أسيئت تغذيتهم ، يقعون بسهولة لدى اصطدامهم بهذا المرض الفتاك !

منذ أربع سنوات ذهبت الى بلاد المجر (١) . تلبية لدعوة رسمية من حكومتها ، وقضيت في ضيافتها مدة ستة أشهر . فأتيت الى وقتئذ أن أفقد مصحاتها ومستشفياتها ووجدت أن هنغاريا - تلك البلاد المشهورة بأراضيها الواسعة ومزارعها الغنية وفاكهتها اللذيذة - أصبحت فريسة سائغة لباشلس كوخ ! ويودابست ، تلك المدينة الجميلة ، ذات المناظر الساحرة الخلابة ، التي امتازت بموقعها على الدانوب بمحاسن جعلتها ، وهي تعاقفه معانقة الحسنة للمحسن إليها ، من عرائس الشعرو فرائد العواصم ، تحتوى على أكبر عدد لاصابات التدرن ، بالنسبة الى غيرها من العواصم الأوروبية !

جاءتها الحرب بالفاقة والعوز ، فعاش سكانها على الذرة والحشائش في تلك الأيام السود ، حيث احتكرت المواد الغذائية للوحدات المحاربة ، فكانت قلة الغذاء مسعفة للسكروب على بسط سطاظانه ، لا انعدام الهواء النقي ولا قلة الحقول ، كما يتوهم البعض ! لأنه قد يعيش الانسان في الغرف النظيفة الضيقة ، في عمارات المدن الكبيرة ، المتلاصقة ولا يصاب بالتدرن . أن السبب اذن هو

ضعف مناعة الفرد الداخلية: أى نقص الفيتامين (١) والأوبسونين (٢) في دمه.  
أو بعبارة أصح، هو نقص الغذاء.

أن للتغذية والمحافظة على الوزن المعتدل، الشأن الأول في وقاية الجسم.  
قالى العناية بالغذاء المناسب لأطفالنا وإبعادهم عن الأوساط الملوثة بالمرض،  
ينبغي أن تصرف الجهود وتبذل المساعي. وحذار من الإهمال الذى يطل  
فعل العلاج.

أريد الآن أن أذكر بعض الأمور التى، إذا أهملناها، تمكن منا الداء  
وعز السواء:

أولا - الزكام المبهل: إذا سألتنا طبيبا ذكيا، خيرا بالزكام، عن نتائج الإهمال،  
كان جوابه على الفور: أن إهمال الزكام هو غالبا الطريق المؤدى إلى مرض التدرن.  
أن كثيرين، من الناس، يعتقدون بأن السيل لا ينتقل إلا بالوراثه، فإذا  
لم يتلوث به أحد أسلافهم، يكونون بمنجاة منه، فلا يستطيع أن يجد بابا يدخل  
منه عليهم، مهما ارتكبوا من الأغلاط وخرجوا في معيشتهم عن القواعد  
الصحية. إذا أصيبوا بزكام شديد، لا يكثرثون لنتائج، بل يتركونه يتضاءل  
ويزول تدريجيا من تلقاء نفسه. أن الزكام، قد يبدأ بتوسط بسيط من جراح  
الجلوس فى مجرى هواء شديد، فيحدث رعشة بسيطة، تقلب لأقل إهمال. إلى  
نزلة والتهاب فى القصبة الهوائية وشعبتها وهذا يسبب ما نسميه «نزلة قصية  
شعبية»، معروفة عند العامة «بالنزلة الصدرية».

نرى المريض يشكو، فى بادىء الأمر، أعياء مصحوبا بسعال حاد، جراح

---

(١) Vitamine : مواد مقوى موحود فى زيت السمك والاصمغ وتقدر انتفاع وغيره  
من المكولات والفواكه.

(٢) Opsonine : مواد فى الدم يحوى الكريت الحيوان على التفتت البكتيريا.

مع ألم خلف الظهر<sup>(١)</sup> ور؛ ما مع احتقان في الحلق وحمى بسيطة أيضا . ثم نراه بعد حين ، وقد قل سعاله وأصبح بصاقه كشيئا لنا ، فيظن في نفسه التحسن . أما الحقيقة فهي أنه لم يتقدم نحو الشفاء قيراطا واحدا . وهذا هو دور الإهمال الفظيع ، حيث يبتدىء الانقلاب المحزن .

لو أن ذلك السعال المؤلم الممزق الذي أصبح الآن لنا ، هينا ، عديم الأهمية ، استمر في شدته ، لبحث المريض عن علاج للنخلص منه . أما وقد أصبح خفيفا ، لا يسبب ألما ، فإن المريض لا يبالى به ولا يبدأ بعواقبه ، بل يزاول عمله اليومي كأنه قد شفى تماما - هنا الخطأ الذي لا يغتفر ! والذنب الذي لا تنفع معه التوبة !

لنوضح لمثل هؤلاء الناس ، الخطر الذي يستهدفون له والنتائج السيئة التي تترتب عليه في مستقبل حياتهم - ذلك المستقبل الذي عليه يتوقف ترقية المجتمع ، بزيادة الانتاج وتحسين النسل - لنوضح لهم أنهم لا يسيئون فقط لأجسادهم ، بل يخالفون القوانين الاجتماعية وبذلك ينجون على الانسانية بأجمعها ، فإذا يظنون بنا ؟ يعتقدون بلا شك أننا نفرق في المحون أو أننا من الذين تعمر بهم مستشفيات المجاذيب ! قل لأولئك : « انتبهوا لأنفسكم ! أن الرشح الممهل يقتل ، تجدهم يذمرون منك ويهزأون من نصائحك ويفضلون الحديث عن كواكب السينا والمفاضلة بين الأماكن التي تصلح لقضاء سهرتهم . وكم من السيدات ، يخرجن ليلا ، نصف عاريات وفي ملابس خفيفة شفافة ، ويسهرن الى ساعة متأخرة من الليل البارد !

أن المتمدن يجهل أوليات علم الصحة . فبينما هو يعرف أسماء أسرع الطيارين أو أشهر المصارعين وأبرع الممثلين ، نجده يجهل من هو « كوخ »

---

(١) Sternnm عطلة في وسط الصدر تنهى اليها الاملاص .

أو « كالت ، وماذا فعلا ، في سبيل الإنسانية ، من إزالة آلامها وأوجاعها وشفاء أسقامها .

كم أود أن أكرر آلافًا من المرات لقراء هذا الكتاب ، أنه من الخطر أن يسعل الفرد أكثر من أسبوعين ، وأن الرشح البسيط يجب أن ينتهي في مثل هذه المدة ، فإذا تجاوزها ، أصبحت الحالة غير عادية وأصبح من اللازم أن نضع لها حداً نهائياً ونعالجها علاجاً فعالاً . وللذين يظنون في المبالغة في الانذار ويتسمون بهمك ، عند قراءة هذه السطور ، أقول :

أن الجهد ، الذي يسببه السعال ، يبدل الضغط السلبي في التجويف الصدري خلال السعال ويسبب ضغطاً إيجابياً ضمن الشعبيات الشعرية والعيون الرئوية ويمدها فجأة . وهذا « المد والجزر » ، الفجائي الشديد المستمر ، يهلب اليافها المرنة ويغير تكوينها ، فتصبح جافة ، غير متناسبة مع حاجة الشيق والزفير . والمرضى الذي نسميه « الربو » هو إحدى هذه الحالات .

وإذا انتهى هذا الاضطراب في الرئة ، إلى اختلال في التنفس ، فإذا تكون النتيجة ؟ يبدأ القلب بالتعب ، ثم يتضخم وربما بدأ فقر الدم وظهر ضعف المناعة العمومية . وإذا دامت الحال ، على هذا المنوال ، فلا بد لباشلس كوخ من انتهاز الفرصة المناسبة للنزول إلى الميدان كالفائح المتيقظ المتربص ، الذي يتخذ ما يبدو له من اضطراب في بلاد مجاورة له ، سبيلاً إلى الاغارة عليها ودخولها فاتحاً .

أن علاج الزكام ، في الغنى وفي الفقير على السواء ، هو راحة وهواء نقي وطعام مغذ . أعني بذلك الانقطاع عن العمل والاستراحة في غرف يتجدد فيها الهواء ويدخلها نور الشمس .

عند ما أرى العمال ، القليلي التغذية والفقراء المهزولين ، في شوارع القاهرة ،

عائدين، بعد نهار طويل من العمل الشاق، الى احيائهم القذرة وأزقهم المظلمة، يبيتون كل خمسة منهم أو أكثر في غرفة صغيرة، فاسدة الهواء، لا تدخلها الشمس، لا يسعنى الا الرثاء لحالهم والاشفاق عليهم من العلل والأمراض. ولا سيما مرض الزكام، الذى يذهب بمشاعة أجسامهم ويعرضها للاصابات الدرنية الفتاكة. فهؤلاء لا يمكننى ارشادهم الى طرق الوقاية الكافية، لأنها تتطلب غذاء وافرا ومساكن نظيفة، معرضة للشمس والهواء النقي وراحة، من عناء الأعمال، لا تسمع لهم بها أحوالهم المادية. لذلك أوجه كلامى الى ذوى المقدرة، الذين تمكنهم ظروفهم من اتباع نصائحي، فأقول :

إذا أصبت بـ **زكام** شديد، ألزم غرفة تواجه الجنوب وافتح نوافذها ما استطعت. لا تجلس في أشعة الشمس الشديدة! أن الاعتقاد السائد، أن حرارة الشمس القوية تساعد على التخلص من الزكام، هو اعتقاد فاسد. فكثيرا ما رأيت حوادث ارتفاع الحرارة أو اصابات بالروماتزم العضلى أو المفصلى، تتبع هذه العادة الطائفة. وكان يدهشنى أن أرى أكثر المصابين بها من أذكياهم الناس. لذلك أصر على وجوب الاعتلاع عن هذه الأساليب العقيمة التى يصفها العامة ويمارسونها عن جهل وقلة اختبار وادعاء المعرفة.

نم ونوافذك مفتوحة، الا فى الليالى التى يكون فيها الهواء شديدا. ولا تم فى مجرى الهواء، مهما كان غطاؤك ثقيلًا. وبعبارة أصح: لا تضع سريرك بين نافذتين مفتوحتين أو بين نافذة وباب. وإذا سكنت فى الطبقة الاولى من المنزل، فى وسط مدينة كبيرة، أنصح لك أن لا تفتح النوافذ ليلا، لأن الغازات المنبعثة من المجارى، فى وسط المدن، فى ساعات الليل، تفسد طبقة الهواء السفلى.

يجب أخذ كميات وافرة من الاطعمة النشائية والازوتية والدهنية، كاللحوم

المشوية وعلى الاخص لحم العجول واللبن والبطاطا والارز والبيض والخبز والزبدة والفواكه الناضجة والمريات. ولا بأس بالحجامة ( اخذ كاسات هواء ) ووضع لوزة على الظهر أو على الصدر . اما اذا كان الزكام شديداً ، مزمن مستقراً في قرارة الصدر ، لزم علاجه بأكثر مما ذكرت هنا ، ( من الهواء النقي والطعام المغذي والراحة التامة ) . وربما اقتضى الأمر حجامه دم ، من ظهر المريض واعطاء مواد للاستنشاق وجرات من عقاقير . وكثيراً ما نصف للمريض شيئاً من المسكنات للسعال ، مع تركيبات بخورية (١) او قطراتية وليمونات الصودا او اليود . ثانياً - فقر الدم الاخضر او الانيميا الخضراء . وفقر الدم البسيط والخفيف : من اهم الاسباب ، التي تعرض وتهدد الجسم لمرض التدرن ، الانيميا أو فقر الدم وعلى الاخص النوع الخفيف .

يعلم القارئ ان الدم يتركب من جزئين : السائل المسمى بلازما وهوسائل قلوى ، زلالى ، يحوى كمية كبيرة من الاملاح . والجزء الجامد وهو الكريات الدموية واغلبها الكريات الحمراء ، التي يبلغ عددها خمسة ملايين فى المليمتر المكعب الواحد فى الذكر واربعة ملايين ونصف فى المليمتر المكعب فى الانثى . ثم الكريات البيضاء ، التي هى بنسبة خمسة آلاف الى سبعة آلاف كرية فى المليمتر المكعب ، فى كلا الجنسين . وكما قرأ فى علم مبادئ الصحة ، يمكنكنا تشبيه الكريات البيضاء بمجنود تحمى اجسادنا من غائلة الجراثيم ، مدافعة عنا بكل شجاعة ، مضحية بنفسها ، اثناء ذلك الدفاع . اما الكريات الحمراء ، فتتبرى على الهيموغلوبين (٢) وهى المادة البلورية (٣) . وبينها وبين الاوكسجين ، ألفة كيميائية تجعلها قادرة على خزنه فى الجسم . والاوكسجين ضرورى لاشعال الحرارة الداخلية ، التي لا بد منها لبقائنا وحفظ توازننا الكيميائى وتجديد اجهزتنا .

(١) راتيج : Resinous (٢) Hemoglobin (٣) شقائه

وهذه الكريات ، الحمراء والبيضاء على السواء ، تهترب في تركيبنا ، اذا أصيب الجسم بفقر الدم .

ندعو فقر الدم المرض الأخر ونجده منتشرأ جداً ، بين الفتيات الصغيرات ، اللواتى هن بين الرابعة عشرة والعشرين من العمر . ويكون لون الجلد مخضراً . ويظهر أن سن البلوغ وما يتبعه ، من حالات غير طبيعية ، يحدث تأثيراً في نوع وكية خلايا الدم .

فاذا ما اتبعنا طريقة كثرة التغذية ، بالاطعمة المفيدة وأخذ زيت السمك ، في فصل الشتاء والأدوية المقوية المحتوية على صديد وزرنيخ وفوسفور وخلاصة الكبد ومستحضرات دم الحصان وغير ذلك ، من العقاقير والهواء الطلق ، النقى والتم في غرفة يدخلها نور الشمس ويجدد فيها الهواء وممارسة بعض التمرينات البدنية والحمامات الدافئة والباردة ، حينئذ يتقوى الجسم ويتغلب على الانيميا الخضراء .

أن فقر الدم ، بسيطاً كان أم خبيثاً ، نجده في الذكور والاناث على السواء ولكثته يكثر في الاناث ويقسم الى قسمين :

١ - الانيميا الأساسية وهى مرض أولى ، يؤثر عموماً على بنية الجسم وعلى الأنخس ، على الغدد وافرازاتها الداخلية وعلى حالة كريات الدم . وقد يكون ، من جملة أسبابه ، النوع المرتشح لبشاس كوخ الوراثى .

ب - الانيميا المكتسبة وهى مرض ثانوى ، تنشأ عن مرض آخر حاد كالحمى التيفودية والروماتزم المفصل الحاد المضطرب للقلب والملاريا ، والزهرى والبلهارزيا والآنكلوستوما وبعض الاصابات العفنة ، الناجمة من نجيح الاسنان وتقرح اللثة (١) ومرض الزائدة الدودية والمصران الأعسور ،

المزمن وبالشلس القولون العادى فى الدم أو فى البراز أو هى نتيجة لوجود  
 طفليات مختلفة فى الجسم . ففى هذه الحالة لا بد أن تظهر هذه الاعراض وهى  
 شعوب الوجه وخلو الشفاه من احمرار الدم فيها ولون الجسم الشمعى عموما .  
 وكلا النوعين ( الانيميا الأساسية والانيميا المكتسبة ) يمكن تطورها الى  
 حالة شديدة نسميها : « الانيميا الخبيثة » ، ونميزها باعراضها الشديدة الوضوح .  
 كم من المصابين بالانيميا ، بدلا من استشارة طبيبهم ، يبادرون الى شراء  
 دواء جاهز أحرز شهرة بالاعلان أو أوصى به صديق وهم لا يدركون أن  
 لكل حالة من حالات « فقر الدم » سببا خفيا يختلف باختلاف الأفراد .  
 فكم يجد الطبيب المعالج أن التهاب اللوزتين ، فى الاولاد بين الثامنة والثانية  
 عشرة ، يفتح الباب على مصراعيه لتسرب المكروبات منها الى الدورة الدموية  
 واللمفاوية ، فسمم جسم الولد كله . وربما أصيب ، من جراء ذلك ، بروماتزم  
 مفصلى وضدف فى القلب . ففى حالات كهذه ، يصبح معالج الانيميا بالادوية  
 الجاهزة ، كن يملأ حوضا بالماء قبل أن يسد تقبسا كبيرا فى قعره . وكل سبب  
 الانيميا احتباس الهواء الذى نستشق وقلة تجديده ساعات طوالا فى  
 حجرة الدرس أو مكتب العمل أو جلوس العامل ، بشكل خاص يتطلب عمله  
 البدوى كالانحناء الطويل . أو حرمان المرأة جسمها من الغذاء . محافظة  
 على اعتدال قوامها ونحافتها . ولعمري أن النحيفات الضعيفات لسن  
 بخير الامهات .

وهناك سبب آخر للانيميا وهو لحية الانف وعظمة متضخمة فى داخله ،  
 تضطر الى استئصالها لاصلاح مجرى التنفس .

أرأيت أيها القارى ، كيف أن الادوية والعقاقير الملحن عنها والمقويات  
 المتكررة على اللسان ، غالبا ما تغفل وتعجز عن شفاء الانيميا ؟



### ثالثا - داء الخنزير (الخنزير) - العقد الخنزيرية

لا بد أن يكون القارى قد سمع اسم هذا الداء الذى اسمه «عثة السل» فما هو؟ هو ضعف عمومى ، فى الغدد اللعاقوية ، نعرف أن له علاقة متينة بسموم باشلس كوخ الوارثى غير المنظور ، تصبح معه الغدد عاجزة عن حماية الجسم من هجمات الأمراض الأخرى .

نرى وجوه الشبان المصابين بهذا المرض شاحبة وشفاهم متفخخة وجلدهم شفافا وعضلاتهم رخوة . وربما أصابهم المرض من التهاب فى الانف أو رائحة كريهه فيه ، أو التهاب صديدى فى الاذن ، أو سوس فى الاضلاع ، أو تحصر (١) فى الأطراف صيفا وشتاء ، أو ورم فى مفصل الركبة . ولا أكون بعيدا عن الصواب ، اذا قلت أننا أحيانا ، نجد هؤلاء يتحدرون من أسلاف أصيبوا بمرض الزهري . فرض الزهري هذا ، وراثيا كان أم مكتسبا ، يضعف مناعة الأنسجة ويميشها لمرض التدرن .

فمن واجباتنا الأولى ، أن ندرس حالة المصابين الوارثية واستعداداتهم الطبيعية قبل معالجتهم . عندئذ يأتى العلاج ناجما ، يرد عن هذه الامة ، أسوأ عواقب الإهمال .

---

(١) تصنع الاطراف . وهو نوع من السل الجلبدى « الشبيه بالخفيى » : Chilblains .

## الفصل الحادي عشر

### التدرن خارج الجهاز الرئوي

اول ما يتبادر الى الذهن، عند ذكر مرض السل، هو السل الرئوي. فقلنا تصور المرض في مكان غير الرئة من الجسم. ولا يصحج القارىء اذن حين اقول، ان بائلس كوخ يهاجم جميع اجزاء الجسم تقريبا. فالى الفصول الآتية، عن السل خارج الرئة، ألقت نظر القارىء واسترعى انتباهه.

سأخصص بعض هذه الفصول للتدرن الجلدى او سل الجلد. واحاول معالجة الموضوع بإيجاز، بتقريبه الى ذهن القارىء، بجنبنا جهد طائفي، العبارات الفنية الصعبة والاصطلاحات الطبية غير المألوفة.

يصعب علينا ان نلم بجميع اعراض السل الجلدى المتعددة واسباب اختلافها، فمبى لا تزال غامضة علينا. فأتنا نرى نطس الاختصاصيين يتلمسون طريقهم اليها تلسا ويبدلون العلاج كلما تبدلت الحالات المختلطة وقل وضوحها. فخرادث السل الجلدى، التى تمر على الطيب كل يوم فى غرفة استشارته، متعددة الانواع متماثلة الاشكال، فتسبلا لفهم الموضوع وتقريبه الى الاذهان، رأينا بعد الدرس الطويل، ان نقسمها الى ثلاثة اقسام رئيسية:

اقسام السل الجلدى:

الاول: الحقيقى

الثانى: الشبيه بالحقيقى (١)

الثالث: المبهم

وسأفرد لكل من هذه الاقسام فصلا خاصا واتبعها بفصل آخر اضمنه اساليب العلاج.

## الفصل الثانى عشر

### السل الجلى الحقيقى

أن سل الجلد الحقيقى انما هو تدرن واضح فى الجلد، نجد فيه غالبا باشلس كوخ . فاذا حقنا خنزير غينيا بارتشاحات قروحه ، ظهرت فى غدده بعد مدة . جميع اعراض السل . حتى أن المكروب يعود الى الظهور فى الخنزير ولو كانت الارتشاحات ، التى حقن بها ، خالية منه .

وتسرى العدوى بطارق ثلاث :

عدوى اللمس الخارجية : أن الاطباء البشريون وأساتذة علم الامراض والاطباء البيطاريون والجزارون ودباغو الجلود ، جميع هؤلاء يتعرضون لهذا النوع من العدوى باللمس . وكذلك ينقل المريض العدوى أحيانا الى نفسه بمجرد ملامسة بصاقه أو من خدش جلده ، باظافر لونها المكروب . ونرى العدوى أحيانا، تسرى بعد الختان أو ثقب شحمة الأذن . على أن التغيير الفجائى فى حرارة الجلد ، يساعد على طرد المكروب عنه ، فلا يصاب به ما لم يتعرض له تعرضا شديدا .

العدوى الذاتية : تسرى العدوى من بؤرة درنية فى عظمة أو فى غدة مجاورة ، يجرى منها المكروب فى الاقنية اللمفاوية المحيطة بها ويرسو فى الجلد .  
عدوى الدم الداخلية : يجرى المكروب فى الدم ، آتيا من أنسجة درنية فى الجسم ويدخل فى طبقات الجلد .

يتساوى النوعان البشرى والبقرى من باشلس كوخ فى نشر السل الجلى الحقيقى . وتصاب به النساء أكثر من الرجال والقاصرون أكثر من البالغين .

وله صلة خفية بسل الرئة . فقد وجد الأستاذ روست ، أن ٤٠ ٪ من المته في المته من المصابين بسل الجلد ، مصابون كذلك بسل الرئة . ودلت الاحصاءات في برلين ، على أن من بين ١٢٠٠ حادثة التهاب درنى جلدى تدعوه ذئبة ، ٢١ في المته كانت اصابات بالسل الرئوى . ومن بين ١٢٠٠ حادثة التهاب درنى في النشاء المخاطى ، ٤٢ في المته ، أي ضعفا العدد السابق ، كانت من اصابات هذا السل . لقد ذكرنا مرض الذئبة فلنتقل الآن الى درس أنواع السل الجلدى الحقيقى مبتدئين بأهمها :

١ . سل الجلد الذئبي . أو مرض الذئبة (١) هو النوع الاعظم أهمية والاكثر انتشارا . ينشأ بسيطا محدودا في الانسجة الجلدية وعلاجه سهل جدا ، اذا نحن تداركنا كل التهاب جلدى يستمر أكثر من شهرين في المريض وعالجناه باعتباره مرض الذئبة . ولا يجوز اجمال هذا المرض الى أن يتسع ويتفرح . فكلما اتسعت دائرة الانسجة المتهلة عز شفاؤها .

يسهل علينا تشخيص الذئبة ، اذا ضغطنا بملوك (٢) زجاجى على الجلد . فان الدم يتخفى من الجلد ويظهر عليه ، أي على الجلد ، من خلال الزجاج الشفافة ، عقد درنية ملتبة يبلغ معدل حجمها من ١ — ٣ مليمترات . وتبدو بارزة أو مسطحة أو منفصلة أو متصلة ، لونها أحمر أو أحمر برتقالى أو أصفر رمادى . وهناك طريقة أخرى للتشخيص وهى : ثقب الجلد الرقيق الشفاف بارة خاصة لشرط الجلد ، فاذا دارت الابرّة تحت الجلد بسهولة ، كأنها في حفرة أو مكان فارغ ، استنتجنا من ذلك أننا نواجه اصابة جلدية ذئبية .

لهذه العلة أنواع عديدة : فالجلد ، الذى يقع على الانسجة المتهلة ، يكون متقرحا أو متضخما أو مبرقا ذا تآليل (٣) أو أكالا كالقروح الساعية (٤)

(١) Lupus Vulgaris (٢) أصبح زجاجى مفلطح يستعمله الصيدلى لنزع اللرام .  
أو : Luposa Tuberculosis (٣) Verrucous (٤) Serpiginous

أو قشريتا (١) أو قباويتا أكرمييتا (٢) أو فيليًا (٣) أو صدفيتا (٤) أو حصفيتا (٥) أو غير ذلك. ويمكن ظهورها، في أى مكان من الجلد، بأشكالها المختلفة ولكنها أكثر ظهورا على الأنف والشفة العليا والخدين والأذنين. فإذا تركت، بدون علاج، ربما شوهت هذه الأجزاء كلها. ولعل هذا هو المرض الذى أصيب به أيوب كما تحدثنا التوراة. على أن بعضهم يقول بأنه أصيب بداء الزهري وآخرون بالجذام.

لأنجد الذئبة عادة على الجلد، حيث يكثُر الشعر وبذلك نميزها عن الذئبة المحمرة. وفى الغالب نجدها على الرقبة وقليلًا على الأطراف أو على البدن. أما الغشاء المخاطي، فيصاب كثيرا بمرض الذئبة، الذى نجده فى مجارى الأنف العليا، حيث يمكنه مهاجمة المآقي. بل يذهب الى أبعد من ذلك، فقد يدخل الأنف ويصيب اللثة وسقف الحلق واللسان والحنجرة. وهناك تبدو اعراضه ونتائجه كما تبدو على الجلد الخارجى. وقد سبق وصف لونها الاحمر البرتقالى وشكلها وظهور عقدها تحت الملوقة وإذا اعتل الغشاء المخاطي، احمر وغطته البثور (٦) وتقرح أحيانا وانتشروا فوق جلد رفيع رمادى اللون. أو أصبح بعكس ذلك، محفورا منقوبا. ويتطور للمرض، حتى فى هذا الدور، ببطء كثير، حتى أن الطبيب لا يرى اختلافا فى مظهره بين زيارة وأخرى.

يبتدىء هذا المرض فى الحداثة ويتطور فى سن الشباب. ثم يصل الى سن الشيخوخة، بعد أن يكون قد شوه جزما من الوجه كله أو العنق والأذنين وربما شوه الأنف (كما يرى القارىء فى الرسم الآتى). وكما يقول الأستاذ كوجيرو (٧): ربما استمرت الإصابة على حالها، بلا تغيير، شهورا

(١) Squamous (٢) Eczematous (٣) Elephantiasis (٤) Psoriasis

(٥) Impetigous (٦) Papules (٧) H Gougerot - Paris



سل الجلد الذئبي  
أو مرض الذئبة



متعاقبة، ثم تستيقظ دفعة واحدة وتتقدم بسرعة، تارة بلا سبب واضح وطورا بعد مرض حاد معد، كالحصبة. حتى أن الحمل والرضاعة من الشدى، كثيرا ما يؤديان الى اشتداد الاصابة ثانية وكثيرا ما يبدأ للمرض فى نقطة من الجسم، ليظهر فى غيرها.

أن أواسط الانسجة الجلدية المعتلة أسلم نسيجا من أطرافها. أقول نسيجا، لان العقيدات الذئبية لا تبرا أبدا، بل أنها فى أخف أدوار المرض، تبقى تقريبا على حالها. وربما استمر التطور البطيء بدون أن تحصل اشتراكات أو مضاعفات موضعية. وإذا حصلت رأينا الاشتراكات الآتية :

الذئبة السرطانية : تطور فى الانسجة المعتلة الذئبية، يعالج بأشعة اكس المرشحة. الاحشائية : التهاب درنى، فى الغدد اللغفاوية، تبقى عادة متصلة وتشفى. أو تلين أحيانا، حتى يتقرح الجلد فوقها ويؤسس ناسورا درنيا، تقرر به اذ ذاك اصابة جديدة ذئبية.

الثانوية : كالتهاب الاوعية اللغفاوية. يقال أنه اذا حدث اصابة ثانوية بالحمرة، فأنها تساعد على شفاء القرع الناتج من الالتهاب الجلدي الذئبي.

النوبات الحادة : تظهر مصحوبة بوزم واحمرار وربما بارتفاع الحرارة ويصاب المريض بتوعك عام. يجب أن نشبهه « بالذئبة » لدى كل اعتلال جلدى مزمن ولكن حذار من الالتباس بين الذئبة والزهرى. لشدة الشبه بين قروحاتها. فالخاطب بين الاثنين خطأ فادح، عظيم الضرر، بالنسبة الى الاختلاف الكبير فى معالجة هذين المرضين. أما اذا صادفتنا حادثة زهرى وذئبة مختلطة معا - وهذا نادر - وجب اتخاذ العلاجين المختلفين بكل حكمة. وفى هذا ما فيه من الصعوبة، اذ ان احد العلاجين كثيرا ما يفيد من جهة



ويضر من جهة أخرى . فيتعين إذن على الطبيب المعالج اتخاذ الحيلة الدقيقة ليحصل المريض على أحسن النتائج .

يختلف مرض الذئبة عن الزهري بمهاجمته وبفتكه بأجزاء العضو البدينة في حين أن الزهري ، كما يفعل بالأنف ، يخر العظم نفسه . وكلما اشتدت الذئبة ضيقت مجرى الأنف وأكل الفم وتشوهت الجفون وربما أصيبت الملتحمة وقعدت العين نظرها .

وإذا قارنا بين مرض الذئبة والجذام ، وجدنا الفرق بينهما كبيراً وكان تشخيصنا للمرض أسهل وأسرع . فعقد الجذام أكبر وأبرز وأصلب من عقد الالتهاب الدرني . ولونها بنفسجي غير شفاف وعند خزها لا يحس المريض بشيء .

يقول البعض أن الالتهاب الجلدي الذئبي قابل للشفاء من تلقاء نفسه . ولكن هذا نادر جداً . ولو حصل تحسن ، لوجدنا الشفاء نسيباً سطحياً . وأن القروح والذئبة التي تكون قد شفيت ظاهراً ، لا تزال تحتوى عقداً درنية كامنة ، قد تصبح فعالة عند أول فرصة . وما التحسين الظاهري سوى مرحلة ستكون يعود المرض بعدها إلى الاشتداد . لذلك يجب أن لا نعول على هذا الشفاء الوهمي . ويتحتم علينا أن نبادر إلى معالجة المرض بعد التشخيص .

ينبغي أن تكون المعالجة متواصلة ، مع الانتباه الشديد لتلا تكون القروح انداباً أو اليافاً أو التآلمات بارزة صلبة ( تسمى جذراً ) ( ١ ) . فيجب والحالة هذه تدمير تلك البثور الذئبية واحدة بعد أخرى ، إذ لو بقيت واحدة منها كانت كافية لرجوع المرض إلى الظهور . وبالاختصار ، ينبغي الاستمرار على مواصلة العلاج حتى يتم الشفاء . ولنفرض أننا ، بعد التأقيق



السل الجلدي الجذامي او الجذام الدرقي



بالتوركولين ، وجدنا على الذراع قرحة ذئبية ، فانا نمتنع حالا عن ادخال هذه المادة في الجسم . واذا وجدنا مثلا ، قرحة ذئبية على الوجه اصلها في مجرى الأنف ، ( قد يكون الباشلس على بالأنف بالاستنشاق مع الغبار ) تحتم علينا معالجة مكان الاصابة الاصلى ، داخل الأنف ، لئلا تصل العدوى الذاتية الى القناة الدمعية فالأقى . وربما وصلت الى سقف الحلق والبلعوم الخلقى والطنطلة والخنجرة ، فيكفى العلاج نجاحا اذا أدى الى تحسين الحالة ومنع الامتداد الى أنحاء مختلفة من الجسم .

تسيل أحيانا الى الخارج مادة صديدية من الاذن ، تحتوى على باشلس كوخ ، فتحدث قروحا ذئبية في شحماتها . واذا تجملت تحتها ، عقد داء الخنازير أو كانت هى نتيجة ناسور درنى ، فان نحصل على الشفاء البتة ، ما لم نعالج الاصل بمعالجة جديده تستأصل شاقه . والقاعدة العمومية هى ، ان لا نكتفى بمعالجة الجلد الخارجى وأن لا نقتبط لورأينا القرحة الذئبية تضمحل أمام العلاج ، بل يجب فحص ما تحت الجلد من غدد وعظام ، للوصول الى منبع الاصابة الذى هو غالبا على مقربة من القروح الخارجية . واليك الانواع الأخرى من السل الجلدي الحقيقى :

- ٢ - الجاورسى المتبثر (١) . بثور صغيرة حمراء قاسية فى الوجه كله ، لا تميل الى الاتساع ولا الى اللين . يبقى أثرها ، بعد شفائها ، نسيجا ندبيا ظاهرا . وهى أشبه بما نسميه « حب الصبي » فى وجوه الشباب . وتختلف عن الذئبة بخلوها من الارتشاحات وعن البثور العادية . بانها لا تفتح بالضغط عليها .
- ٣ - الرازي (٢) . نآليل . كاللطف القشرية الجافة . فى طبقات الجلد الخارجية .

(١) Tuberculosis Luposis Miliaris Disseminata Faciei

(٢) Verrucous Tuberculosis

ترى غالبا على أطراف الأصابع ، أو حول الاظافر . ويتراوح قطرها بين ٥ مليمترات وه سنتيمترات . وهي من نوع العدوى الخارجية ، نجدها كما يننا في ما تقدم ، في الجزارين والدباغين والاطباء والياطرة والعاملين في غرف التسميح . لا نجد هناك ارتشاحات أو قرح وربما مرت السنون ، قبل أن تصل الى الاقنية أو الغدد اللبغوية . وأحيانا تتشقق التآليل وتسبب اصابة اخرى ثانوية ، فتظهرخراجات التي بمجرد الضغط عليها ، تخرج صديدا متقطعا .

وهذه التآليل الدرية يبدأ شفاؤها من وسطها ، اذ يتكون نسيج ندبي لونه بين الزرقه والحمره . ويحدث الشفاء أحيانا ، من تلقاء نفسه . أما العلاج ، فهو الذي نستعمله للالتهابات الدرية الموضعية .

٤ - المُسْتَبَت (١) . قرح غير متناسقة الشكل ، خشنة المنظر ، بليلة البثور كثيرة الانتشار على الجلد ، حتى ليدنو العضو المصاب مغلى بالقروح كداء الفيل وحجم القرحة في ٢ الى ٥٠ سنتيمترا . أما علاجها فباشعة أكس والهواء الحار لدرجة ٧٠٠ سانتيفراد أو بالكي بالكهرباء ، اذا اقتضى الامر .  
٥ - الخنزيري (٢) . نادرا ما تكون هذه الاصابة أولية ، فهي في الغالب ، نتيجة غدد درنية محتوية على مادة جينية صديدية أو ناسور في عظم أو مفصل مصاب بالتدثرن تشق منه الاصابة .

فاذا كانت أولية ، نجدها احتقانات تحت الجلد ، حمراء ، زرقاء وعقدا ، غير متناسقة في وضعها ، تضخم تدريجيا وتضغط الى أعلى ، فتسبب نخرا موضعيا وتقب الجلد . وحينئذ تظهر منها مادة سائلة ، نجد فيها باشلس كوخ



السل الجلدى الحقيقى البشورى الجاوسى



بكل سهولة . وربما اتصلت عقد عديدة بعضها ببعض وسببت تورما متسما وتقرحا في الاجزاء المصابة . ونجد ، بين كل ثلاثة أو أربعة قروح واسعة ، أجزاء من الجلد لا تزال سليمة .

أما سطح الجلد المتقرح ، المغطى غالبا بحبيبات درنية ، فتتسع أطرافه ، بينما يبتدىء وسطه بالشفاء بتكوين نسيج ندبي . ولكي يتمكن الطبيب الاختصاصي من معرفة مدى عمق الانسجة المعتلة ، يسبر الموضع المصاب بمجسه الفضي ، بدون أن يؤلم المريض .

أما في الاصابات الثانوية ، فيحدث التورم بدون عقد أولية . وتظهر هذه غالبا على العنق والصدر والمرفق والابط والساق . ويصعب التفريق بينها وبين الزهري ، الا يكون نسيج الورم الصمغي ، في الدور الثالث من الزهري ، أثخن وأغلظ وأطراف الصمغ (١) نفسه أكثر نعومة وسرعة اتساع . ويحدث الضغط عليها ألما . أما علاج هذا المرض ، فيتوقف على معرفتنا سبب القرحة وهل هي أولية أم ثانوية . فاذا كانت ثانوية ، وجب معها علاج سببها الخفي .

٦ - الحزازي (٢) : يختلف عن الرازي وغيره ، من أنواع التدرن الجلدي المتشابهة ، غير أنه يرتبط بشدة بالخزيري ويحدث في الاطفال والمراهقين . ويظهر طفرة ، في شكل عقد حمراء ، صفراء بحجم الفولة ، خشنة الملمس وفي الغالب مرتبطة ببيثرة أو قرحة وعالقة كل منها بحويصلة شعرة . يظهر هذا الطفح من العقد متجمعا وأحيانا منفردا ، ثم ينتشر . ومن المحتمل أن نففل عنه ، اذا ظهرت عقدة بمفردها على البطن مثلا أو على الجنب . ولكن الطفح الغزير ، على الظهر أو على البطن ، لا ليس فيه ، فدلائله جلية ونادرا



ما نراه على الاطراف أو على الوجه . والفرق بينه وبين حزاز الزهري ، هو أن الزهري أدكن اللون ، يثبت نوعه امتحان « واسارمان » كما يثبت تفاعل « التوبركلين » وجود التدرن .

٧ - الحويصلي المتبثر (١) . التهاب حويصلي (٢) حبيبي . وهو حالة غير مؤلمة من السل الجلدي الحقيقي ، تظهر فيه عقد صغيرة جدا ، لونها أدكن ، أكد ، على الاصابع والاطراف السفلى ونادرا على الاذرع أو البدن أو الوجه . وهي اما أن تكون نخرة في وسطها فتغطيها قشور ، أو تحول الى قروح صغيرة قبل أن تكون القشور عليها . ويتطور هذا النوع من التدرن الجلدي ببطء في المصابين باعتلال درني خفي ، فيقطع شوطا مطابقا لطول الاصابة الخفية الموجودة . وفي هذه الحالة يكون التفاعل بالتوبركلين في الغالب ايجابيا .

٨ - الحبيبي المستدير (٣) نراه غالبا على اليد والذراع أو الكوع ، كنمو من الداخل الى الخارج ، بشكل ناعم من الوسط ومحجب مدور من الخارج . وقد تسقى للاستاذ ديتريخ ، أن يحد بأشلس كوخ في بعضه . وهذان التردان الأخيران - الحويصلي المتبثر والحبيبي المستدير - نعالجهما كغيرهما من حوادث التدرن المشابهة لهما .

---

Papulo Necrotica and Papulo Pustulosa - Acnitis Tuberculosis (١)

ويسمى البعض : Necrotic Tuberculosis أو : Leicheneides

Tuberculosis Granuloma Annulare (٢) Folliculitis (٣)

## الفصل الثالث عشر

### سلّ الجملد الشبيه بالحقيقي (١)

ان هذا القسم الثاني من سلّ الجملد، الذى اخترنا أن نسميه الشبيه بالحقيقى، أو غير الحقيقى، يحتوي كذلك على قروح جلدية غير مؤلمة، بطيئة التطور، نسميها بالافرنجية «توركليد»، ويشمل أنواعاً متعددة مختلفة التكوين. وقد أنشأ هذا القسم الأستاذ دارويه سنة ١٨٩٤.

إذا حاولنا البحث عن باشلس كوخ، في تلك القروح بالطرق العادية في المختبر، كتلويّن أنموذج منها وفحصه تحت المجهر، أو بتلقيح خنزير غينيا بحسب الطرق الفنية المعروفة، يذهب بحثنا سدى. فلا نجد الباشلس الا في الحالات النادرة جداً. ولسكتنا نستدل على ان الإصابة درنية من حالة الفرد الدرنية الثابتة، أو من وجود إصابة درنية سابقة، جلدية أو احشائية، أو من مشابهة الانسجة المصابة لأنموذج الانسجة الدرنية. وفي هذا الدليل الاخير، نستعين بالمجهر. لقد ثبت لنا أخيراً، أن هذا المرض الجلدى ناجم عن سموم الباشلس المرتشحة: أى عن الميكروب نفسه في شكله غير المنظور. وهو أقل فتكاً من الباشلس نفسه. ولكن في هذا، كما في كثير من التحديدات العلمية، اختلفت الآراء. فـرئيس مصحة آغرا في سويسرا، وهو الأستاذ هازر السكساندر (٢)، الذى مكثت معه مدة من الزمن أتتبع أعماله، يقول: «ان هذا السل الشبيه بالحقيقى هو كالحقيقى نتيجة الباشلس المجسم. بينما أن الأستاذ فالتس اليونانى (٣)، المشهور بأبحاثه في معهد باستور مع الأستاذ كالميت ييساريس والذى يرى

القارىء. رسمه فى الفصل الثانى مع رسم الدكتور محمود بك أباطه ، يخالفه ويقول أن هذا المرض ، الشبيه بالحقيقى ، سبب عن ارتشاحات الباشلس ، كما سبقت الإشارة . وقد أتاح لى الحظ معرفة هذا العالم العظيم ومتابعة تجاربه عن كشب وهذا ما يمحلى على الاعتقاد بأن كليهما على جانب من الحق .

يصعب عليا فى أحوال كثيرة ، اقامه الحدود بين نوعين متقاربين من المرض وكم نقف أمام اصابة درنية جلدية ، مكتوفى الايدى ، حائرین لا نعلم الى أى النوعين نرجعها . قلنا أن القروح « الثوبركلدية » تشمل أنواعاً مختلفة فى تكوينها ، أى أن هذا السل الجلدى غير الحقيقى ، لا يكون متماثلاً فى جميع الحالات على الإطلاق . وقد نجد له ، حتى فى المريض الواحد أحياناً ، أشكالاً مختلفة فى تكوينها ، اصطلاح الاخصائيون على تسميتها : « السل الجلدى الشبيه بالحقيقى المتعدد الأشكال » .

لا نعرف سبباً لظهور هذه الأشكال أكثر من غيرها فهى تظهر اصابة أولية أو ثانوية على الجلد ، فوق قرحة يكون قد تم شفاؤها أو بالقرب منها ، فى موضع سليم من الجلد ، تشبه فى تكوينها الأنسجة التى أصيبت وبرتت أو تتخذ لها شكلاً آخر مختلفاً فى نوعه ونسجه .

ان هذا المرض لا يكون عادة فى شدته ، مصحوباً بحمى أو بتغير ما فى الصحة اجمالاً . وإنما فى الغالب ، يسبقه نقص واضح فى الوزن . أى أن المريض يأخذ بالهزال ، قبل أن يتمكن منه المرض الذى من خصائصه السير ببطء ، فلا يشعر المريض بالتغير الذى يطرأ عليه . وقد يدوم هذا أسابيع عديدة ثم يشفى . وربما عاد الى الظهور بعد سنة أو سنتين . ولكن فى بعض الحالات ولسبب بسيط ، كتهريض الجلد لأشعة الشمس أو بعد التلقيح بحلول باشلس كوخ الخفيف ، يشتد المرض بشتة . من العادة أن يمتنى المصابون بهذا المرض المتعدد الأشكال ، باصابة أو باصابات درنية أخرى تكون دائماً فى غدد العنق والابط



الكساندر



وتصلب وتحتجّر ، بدلا من أن تبقى طرية لينة . وتبدى لنا أشمة اكس الدون  
المجاورة للقصة الهوائية وشعبتها جافة متكلّسة . وانما لا نجد اصابة درنية في  
الرئة نفسها .

واذا قارنا بين السل « الحقيقي » في ناحية من نواحي الجسم والسل  
« الشبيه بالحقيقي » في الانسجة المعتلة . ولا حظنا كيف يسير الاثنان ،  
متوازيين متأثرين الواحد بالآخر ، أدركنا أن اشتداد الاصابة الجلدية يقابله  
تسرب كمية من باشلس كوخ أو سمومه المرشحة الى الدورة اللفافوية من بؤرة  
درنية . ورغمنا من أن علم البكتريا ( المكروبات ) ، لم يتمكن للان من اثبات  
هذه النظرية بالطرق العملية ، فان حدوث هذا التفاعل لا يزال حقيقة ثابتة ،  
رغمنا من كل شبهة أو انكار . فبعد درس أشكال السل « الشبيه بالحقيقي »  
المتعددة أحيانا في المريض الواحد ومراقبة نوع التدرن في الانسجة المريضة ،  
يتضح لنا أن تعدد أشكالها أو اختلاف تكوينها ، لا يتوقف على نوع السموم  
المسببة ولا على رد فعل خاص في تركيب الجسم العام ، بل على طبيعة ونوع  
مكان الجلد الذي يظهر فيه المرض . أما مسألة حساسية الفرد وما لها من تأثير  
شديد على تطور الانسجة ، التي تصاب بمختلف أنواع هذا المرض ، فتلعب  
ولا شك دورا كبيرا . غير أنها تعتبر ثانوية بالنسبة لطبيعة ونوع جزء الجلد  
المصاب . ولكي نفهم كيف تصيب العدوى مواضع متعددة من الجسم ، وجب  
علينا أن نعرف شدة السموم التي دخلت الدورة الدموية وأن مصدرها ، الذي  
هو باشلس كوخ ، موجود في الجسم بكثرة . عندئذ يصبح الواجب الأول ازالة  
ذلك المصدر ولو جراحيا ، اذا لزم الحال .

فلنفرض أن مريضا يشكو سلا-توبركلديتيا ( غير حقيقي ) ، في أنسجة  
الأنف وتدرنا حقيقيا ، في غدد العنق ، فماذا يجب على الطبيب أن يفعل ؟ -

الجواب: عليه أن يستأصل هذه الغدد، حتى ولو تمكن من شفاء انسجة الأنف. هذه هي الطريقة الناجعة لمنع المرض من الظهور ثانية في المستقبل.

للسل الشديد بالحقيقى كما يخبرنا الأستاذ جادسون، أشكال تشبه لطخات طفحية، تشفى من تلقاء نفسها بدون علاج. نجد بينها الإصابات التوبركليدية الحليمية النخرية (١) ولحية بوكشه (٢) والطفح الوردى المتصلب (٣)

١ - السل الجلدى الحصرى العمومى (٤). هذا تدرن جلدى، شبيه بالحقيقى، لا يصعب تشخيصه. يظهر الجلد المصاب أحمر اللون، مائلا الى الزرقة، مصحوبا بارتشاح ومغطى بجذبيات صغيرة. وأكثر حدوثه في الأجزاء المكشوفة من الجسم. وغالبا على شحمه الأذن أو على الأنف أو الخدين أو الأيدي وأحيانا على الأرجل. وإذا ضغطنا على الجلد المصاب بالملوك الزجاجي، كما ذكرنا في فصل سابق، لا تظهر احتقانات وعقد ذئبية. فالإصابة تترك، بعد شفاؤها وإتمام قروحها، ضمورا جلديا في الأجزاء التي ظهرت فيها. ويمكننا تخفيف المرض والحصول على الشفاء، غالبا باستعمال حامض التانيك والقوابض الأخرى مع الجليسرين، علاجا أساسيا بمساعدة الأشعة البنفسجية والأشعة فوق البنفسجية ومصباح كروماير (٥)

٢ - السل الجلدى الحصرى الملتصق (٦) يختلف عن التدرن الحصرى

العمومى بمرکز الإصابة. فهو يتجلى على الأيدي والأصابع، بمظهر لطخات حمراء أو بنفسجية، متبشرة، محاطة باحتقان. ويختلف أيضا، عن الالتهاب الدرني

Sarcoid of Bockshe (٣) Papular Necrotic Tuberculid (١)

Lupus Pernio Proper (٤) Indurated Erythema (٢)

Lupus Pernio in Patches (٦) Kromayer Lamp (٥)

الحمرّ (الارثيمي) (١) ، بوضوح حدود الإصابة . وعن خصر الأصابع (٢) بقلة امتداده وارتشاحه . ويختلف كذلك ، عن أمراض أخرى مبرقة ( ذات ثآليل ) وعن أشكال أخرى خرسفية ( ذات قشور ) لأن الجلد يبقى ناعماً ، خالياً من الشقوق .

٣ - الشامة الخصرية ( لبازان ) (٣) . يسميها الاستاذ ميليه قروت الجلد الأنكليزية ، (٤) ( أي الجلد الثخين ) . وتشبه التدرن الجلدي الخصري ، مع هذا الفرق وهو أن الأيدي وبعض الأحيان الأذان تكون باردة ، متورمة ، لحدوث ارتشاح فيها وتنتشر فوقها لطخ حمراء وقشور خشنة رمادية .

٤ - خصر الأطراف الشديد (٥) كثير الشبه بالتدرن الخصري . ويصيب الأشخاص الذين فيهم استعداد طبيعي للتدرن ترى الأصابع والأيدي زرقاء غامقة ، باردة كالثلج حتى في فصل الصيف .

صادفت يوماً فتاة مصابة بهذا المرض وهي في غفلة عنه . كانت تعالج برودة يديها ، بين آونة وأخرى ، بلعب التنس . صافحتها ودرجة الحرارة في القاهرة ٢٤ سانتيفراد في الظل . ذعرت عند ملامسة يديها الباردة كالثلج . ثم لاحظت أن لون أعضائها رصاصي غامق مكمد . واذا كاشتها بملاحظتي ، قالت أنها كثيراً ما كانت تصاب بتورم في أصابعها . فمساها تكون بعد ذلك ، قد لجأت إلى غير التنس ، لتدفأ يديها .

---

Chilblains (٢)	Erythematous Lupus (١)
Angiokeratosis (٤)	Nævus Pernione (٣)
	Advanced Chilblains (٥)



إذا لاحظنا حالة كهذه ، في الشتاء ، قلنا هو البرد . ولكن كيف تلتبس علينا ، في فصل الصيف ولا سيما في مصر . فالهواء الحار لا يمكن أن يسبب تلك البرودة !

أجل أن الخصر العسادي - وهو ورم الأصابع أو غيرها من البرد - يتلاشى بعد انقضاء فصل الشتاء . ولكن الخصر الدرني لا يزول مع الشتاء . وإذا فحمتنا الأصابع المريضة بالأشعة . رأينا حويصلات عديدة ، في أنسجة العظام ، تدل عن أن المرض اخترق الطبقات الجافية .



## الفصل الرابع عشر

### السل الجلدى المبهم

١ - حمية ، بك ، المضاعفة غير الخيثة (١). اختلفت الآراء فى هذا النوع من سل الجلد . فن قائل بانتسابها الى الالتهاب الدرئى الحصرى وقائل آخر ، بارتباطها بالالتهاب الدرئى الذئبى . ومنهم من يعد هذه الحمية ارتشاحا درئيا فى الجلد أو تحتة . وآخر يقول أن هذه الشحمية اصطلاح ، يطلق على كل نمو جديد غريب يظهر فى الأنسجة المعتلة ، فلا يصح إطلاقه فقط على الالتهابات الدرئية لمجرد تورمها . فربما كان سبب هذا التورم مرض الزهري أو التدرن أو حالات إجرثومية فى جذور الشعر (٢) أو ورم حبيبي فطري (٣) أو غير ذلك ، فتكون هذه الحمية من مجموعة عقد تتراوح بين ٣ و ٣٠ و ٤٠ ملمترا ، وتكون حمراوية اللون ، مستديرة الشكل ، وتظهر على الجبهة وعلى جانبي الوجه ونادرا على الجزء الأعلى من الظهر أو على العضلات الباسطة ، فى الأطراف العليا . وبعد شفائها ، تترك علامة مستديرة كأنها نسيج ندبي ، أبيض أو أكدر . وكثيرا ما يشابه هذا المرض القروح الزهرية . لذلك ، اذا ما خالطنا الشك بصحة تشخيصنا ، يستحسن تجربة علاج مرض الزهري . وفى حالة الوضوح . نعالج الحمية كما نفعل بالالتهابات الدرئية تماما ونستعمل المطهرات الموضعية والأشعة البنفسجية والفوق البنفسجية .

٢ - سل الجلد المتصلب (٤) . وصفه لنا باذان سنة ١٨٦١ «بالطفح الوردى المتصلب فى المصاب بداء الخنازير» . أكثر ما نراه فى الفتيات الضعيفات ،

---

Sporotrichosis (٢) Multiple Benign Sarcoid of Bœck (١)  
Tuberculosis Indurativa (٤) Mycosis (٣)

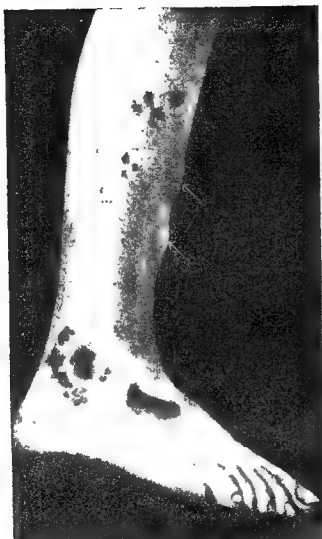
المواقف من استعداد لداء الحنازير. وغالباً يظهر على السيقان ونادراً على الأذرع. ويخذ شكل عقد صغيرة، كثيرة العدد، مائلة الى الزرقاء. لا يصحبها ألم. أحياناً تظهر عقدة واحدة، فتتو وتكبر، الى أن تصبح بحجم «الجوزة». وربما تكون منها خراج أو قروح أو ناسور يسيل منه الصديد. وغالباً ما تكسو الجلد الملتهب جلبة أو قشرة.

إذا درسنا أنسجة هذه الإصابة تحت المجهر قبل شفاؤها، وجدنا تركيبها متشابهة لما نرى عادة في أحوال سل الجلد «الشبيه بالحقيقي». وبعد البحث والتقصي، اختلف الاختصاصيون ولم يتفقوا في أى باب من سل الجلد يجب أن يدرج هذا المرض.

أنه يختلف كثيراً عن الطفح الوردى المتعدد (١) الذى لا علاقة له بالتدرن بل بمرض الروماتزم. والذى تظهر عقده بسرعة، غالباً على عرف عظم الفصبة (٢) وتؤلم جداً عند الضغط عليها. ولا تعود الى الظهور، بعد الشفاء، إلا نادراً. ومع ذلك، فالمشابهة بين الإصابةين عظيمة جداً، حتى أنه يصعب أحياناً على الطبيب التفريق بينهما في الحال. لذلك يجب درس وتحليل المشابهات والاختلافات بكل دقة.

يبدو هذا المرض، لأول مرة، بشكل عقدة كبيرة، قرحية، شبيهة بإصابة درنية أو زهرية أو جذامية أو يظهر بمظهر التهاب جرثومى في جذور الشعر (٣)، فتقف حائرين أمام صورة غامضة للمرض، تضطربنا الى سلسلة طويلة من المقالات والمقارنات، الى أن نصل أخيراً الى التشخيص النهائى.

وقصارى القول، أن التشابه بين الورم الصمغى الدرني وهو في دور



الطفح الوردى المتعقد  
( لا علاقة له بالسل )



التلين وقروحات الجذام المتحدرة (١) وبين العقد الدرنية الحقيقية، المتقرحة، عظيم جداً.

يقول الأستاذ كوجيرو في وصفه للمرض: «يرى في الاحداث وعلى الأخص في الإناث المصابات بداء الخنازير أو ذوات الوجوه التعبة الشاحبة المنتفخة. وزاه في اللواتي يعملن أعمالاً شاقة، كالفسالات مثلاً. فيظهر على الفخذين والذراعين والبطن، حتى على الوجه وعلى الأخص في الشتاء ونادراً ما تشبك قروحه. ويقول أنه ينتشر ببطء ويندر أن تستمر النوبة الواحدة أكثر من شهرين، فهو يختفي بعد فصل الشتاء القاسي، تاركاً أثراً لمروءه. وقد يعود إلى الظهور في الشتاء الثاني بسبب العمل الشاق.»

ورغم أن شكل هذه الأنسجة كشكل الأنسجة المصابة بسل الجلد «الشبيه بالحقيقي»، فقد قرر بعض الأطباء وجود «إشلس كوخ» في هذه القروح وقالوا أنه، في بعض الأحيان، بعد أن تكون هذه العقد قد شفيت شفاً بلياً، كما هي عادت، تعود بعد حين إلى الظهور. والتفاعل بالتوركين يعطينا دائماً نتيجة إيجابية. نعالج هذه الإصابات باستعمال ضيادات مطهرة ورفع الساقين، حتى إذا شعر المريض بتعب أو بتخدر في هذه الأجزاء، غيرنا الوضع. ثم عدنا إليه. وإذا كان لا بد للمريض من الانتصاب على قدميه، فليلبس جوارب من المطاط.

٣- سل الجلد الذئبي المحمر (٢) يظهر هذا المرض لطخات حمراء، زرقاوية،

تكون مصحوبة أو غير مصحوبة بالتهاب. له جلبة أو قشور خارجية تشفى من وسطها. ونرى الأنسجة الندبية تتكون بدون أن يحدث تقرح سابق. ولهذا المرض أشكال كثيرة، نجد لها على الوجه والأذن والشفة والغشاء المخاطي ويمكن ظهوره في مواضع أخرى من الجسم. فأحياناً يتساوى، على كلا الخدين ويمر بينهما بالأف، كأنه الفراشة بجناحيها المنشورين. وأحياناً يسبب لطخاً عديدة، منتشرة، متماصة، متفاوت حجمها بين المليمتر والسنتيمتر. أما إذا

ظهر لطفة كبيرة واحدة ، كانت حجمها سائمترات عديدة وبدأت لنا محاطة بدائرة في وسطها دائرة داخلية أخرى ، بها اعراض التفرح والارتشاح ، لونها زرقاوى وعليها قشور . وفي وسط هذه الدائرة الثانية ، نجد نسيجا نديا حيث يبتدىء الشفاء . فلما وجدنا كل هذه الاعراض جميعها معا ، لأمكنا القول بان هذه القرحة التى تنسع وتشفى من الوسط الى الخارج ، قد أصبحت الآن في حالة التكون الكامل .

أما اذا أخذت الدائرة الندية الداخلية الثالثة فى الاتساع وشغلت جزءا كبيرا من الوجه كله ولم يبق الا جزء صغير للدائرة الداخلية الثانية ، التى نجد فيها الارتشاحات والقشور ، سميت الآفة باسم الدائرة الثالثة ودعيت : آفة ندية . فالاسم يتبع نوع الانسجة المتخلبة فى الآفة . فأتانا ندعو هذا المرض حرشفا (١) اذا تغلبت القشور فى الدائرة الملتبئة (أى الدائرة الثانية) . ومحر (٢) اذا انحصرت الاصابة فى لطف حرء ، زرقاوية ، قليلة الارتشاحات وبدون قشور . ومتاسقا (٣) ، اذا وجد على الخدين ، مارا فوق الانف بشكل القراصة . وكما فى المرض السابق ، تشفى هذه الاصابة أحيانا من تلقاء نفسها وتترك أثرا طفيفا لوجودها .

٤ - ذئبة دهية ، المحمرة (٤) . أو سيلان دهنى احفنانى درنى . تظهر الانسجة فى هذه الحالة دهنية ، لامعة ، قليلة الارتشاحات ، عليها قشور أحيانا . ولا يختلف هذا المرض عن غيره ، الا فى مظهره الشحمى اللامع . أعود الآن الى سل الجلد الذئبى المحمر ، فأقول : أن نشوء هذا المرض ، غالبا ما يكون بطيئا ، وأحيانا تلتصق فيه اللطف بعضها ببعض ، فتبدو بنرة المريض كرية المنظر ، فاذ ذاك ، يحق لنا أن نخشى تطور هذه الاصابة وانتقالها الى تدرن حاد فى الجلد . ولو ندر ، فان حدوث هذا يؤدى غالبا الى الموت العاجل .



سل الجلد المحمر





## الفصل الخامس عشر

### علاج سل الجلد

في الفصول السابقة ، ألمت باصابات الجلد الدرنية ، الاكثر شيوعاً وقسمتها إلى ثلاثة أقسام. ويثبت كيف يكون انتشارها بطيئاً ، في أكثر الأحيان. وكيف تصيب الغشاء المخاطي وكيف ان سل الجلد الدرنى هو الاكثر انتشاراً. وبرهنت على ضرورة معالجة البؤرة الدرنية الاولى الاصلية لئلا يعود المرض ثانية. والآن ننتقل الى موضوع العلاج :

تختلف طرق العلاج بحسب العوامل العديدة التى تواجه الطبيب والتي تقسمها الى ثلاثة أقسام :

١ - المناطق التى تتعلق أو لا تتعلق بحسن شكل المريض ومنظره .

٢ - حجم الانسجة المصابة .

٣ - الشكل التشريحي (١) للانسجة المصابة .

ويتوقف نجاح العلاج على فهم أعراض المرض . فان لدينا طرق علاجية كثيرة ، تتيح لنا اختيار ما يناسب كل حالة . وسوف الحظ فيما يلى ، التطبيقات الفنية المختلفة ، لاعطى القارىء فكرة عن كيفية العلاج الذى اعتبره معقداً وصعباً جداً . فلا يظن القارىء ، بعد اطلاعه على هذا الفصل ، انه ألم الماماً كافياً بتفاصيل علاج تدرن الجلد . بل بالعكس ، فان الاطلاع على الاساليب التسع الآتية ، يريه صعوبة العلاج وضرورة استشارة الطبيب الاختصاصى فى كل حين :

١ - الاستئصال : هو أفضل طريقة لبدء علاج التهاب الدرنى . ويجب استعمالها بأسرع ما يمكن وبأوسع أشكالها ، فى جميع الحالات التى تستدعى للعلاج الجراحى . والاستئصال ، سهل فى تقرح الأطراف ، اذ يمكننا وقتئذ توسيع دائرته لنضمن عودة المرض ونموه ثانية .

أن قطع الأنسجة المعتلة وإزالة ستيوتر واحد من الأنسجة الصحيحة حوالها ، إنما هو احتياط كاف لمنع عودة المرض . أما الوجه ، فلا يمكننا إجراء عملية الاستئصال فيه دون تشويهه ، لذلك نجتنبها على قدر الامكان ونعتمد على العلاج بالأشعة البنفسجية والفوق البنفسجية وفانوس كروماير (١) ونعلق على ذلك أهمية كبرى .

ثم أنه بعد الشفاء ، سواء بطريقة الاستئصال أو بالأشعة ، لا بد من مراقبة مركز الإصابة بكل يقظة ، مدة أعوام طويلة .

٢ - السكت : أن هذا التنظيف التمهيدى يقصر أجل العلاج ، اذ تنفذ الأشعة بواسطته الى طبقات الأنسجة المعتلة العميقة . وإذا حدث نزيف شديد ، تمكنا من منعه باستعمال ميسم حار ، أو بمس الموضع بالحامض اللبنى ورش اليودوفورم قبل تضميد الجرح .

٣ - التشريط : طريقة علاجية صعبة ، تتطلب صبرا طويلا من المريض والطبيب على السواء . وتعد نافعة ، لأنها تهيئ الأجزاء المصابة لتصبح أكثر تعرضا للأشعة البنفسجية أو الفوق البنفسجية . والتشريط يكون بشكل مربعات وبعمق يتفق وحالة الأنسجة المعتلة . ثم تعاد هذه العملية كل ثمانية أو عشرة أيام ، أى بعد أن يبرأ الغشاء الرقيق اللامع ، الذى يغطى القرحة الملتبئة . فذلك تقصر مدة العلاج .

أما تضيد الجراح ، فيكون بالمشمع الأبيض أو بالخامض اللبني أو برهم سليمانى شديد التأثير ، نستعمله نهارا ، أما فى الليل ، فلتستبدله برهم يودوفورم .  
٤ - السكى النارى : نستعمل هذا العلاج ، بطريقى الخمسة الجلوانية والمحسم الحرارى . أما علاج الالتهاب الدرئى الذئبى ، فلتستعمل فيه الطريقة الأولى ، بل الثانية لأنها الطريقة الشائعة . ولكن كثيرا ما نستعمل المحسم الحرارى ، فى الحالات التى لا يهنا فيها المحافظة على جمال الجلد بعد الشفاء : كما فى علاج قروح الأطراف أو البدن . وفى علاج الحبيبات الدرئية البارزة ، نستعمل ابرة دقيقة ، ندخلها فى العقد ، فندمرها واحدة بعد الأخرى . وفى بعض الحالات ، يتعين علينا أن نخرج عن دائرة الرقى ، فنكوى دائرة أكبر من موضع الأصابة ، اتقاء لشر عودة المرض .

٥ - السكى الكيماوى : يقول الأستاذان جابرت وكارنو ، من الجامعة الفرنسية ، أنه لا فائدة من هذه الطريقة ، بل يجب أن نترك وتجر . اذ لا يمكن الوثوق من حسن نتائجها ولا من فعل برمنغنات البوتاس . بل بالعكس ، فان العلاج بالسكى الكيماوى ، قبل استعمال الأشعة ، يكون انسجة ندية سطحية تعوق فعل الأشعة البنفسجية والفوق البنفسجية .

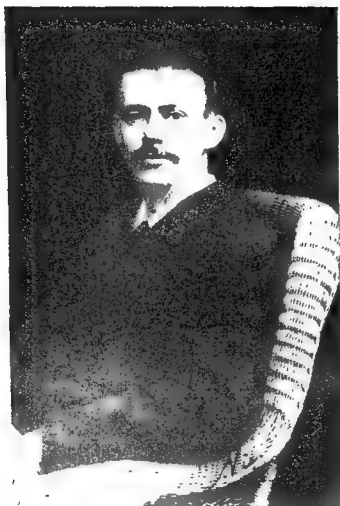
٦ - علاج فنسن (١) : هو أفضل الطرق لمعالجة إصابات الجلد الدرئى الذئبى ، التى لا يمكن قطعها أو كحتها . نعالج حالات كهذه بقوس فحمى (٢) أو بمصباح المروءة ، أى ثانى اوكسيد السليكون المتبلور (٣) ونستعمل هذا النوع من العلاج فى كل مكان ، الا فى الأجزاء التى تجعله مستحيلا .

هذا العلاج فعال ومفيد جدا فلو اتبمه المريض الى أن يتم فعله ويحصل على الشفاء ، فلا يكون قد أضاع الوقت والمال وتحمل تعب التردد على الطبيب بدون

فائدة وعانى مرارة البقاء في المصححات أو المستشفيات . وتأتج هذا العلاج تتوقف على مقدار الشدة والنظام اللذين يتبعهما الطبيب المعالج والمريض على السواء . ولا يقترن بالفشل ، الا اذا أهمل الاثنان المثابرة والمواظبة والدقة . لا تزال طريقة فنسن العلاجية المثل الأعلى لشفاء الإصابات الدرنية ، التي تحدث في الوجه ، لأنها لا تترك ندوباً أو التآلمات أو أى أثر للعلاج . فلو تركت شيئاً من ذلك ، لما رآها الناظر بسهولة . ونظراً لعدم تشويها حسن المنظر ، تعتبر أفضل علاج للمحافظة على الشكل والجمال . فضلاً عن أنها غير ضارة بتاتاً ، فهي مريحة واستعمالها في علاج الأطفال سهل جداً .

كل هذا حسن ، يدعو الى كل ارتياح ولكن كم هم القادرون على الأخذ به ؟ فأتنا اذا فكرنا في الأمر من الوجهة المالية ، نجد علاجاً كهذا باهظ الكلفة للمريض وللطبيب على السواء . فكثيرون من الأطباء يجدون اقتناء هذه العدد ، الغالية الثمن المستعملة في تطبيق هذا العلاج ، فوق طاقتهم المالية ، لذلك نرى هذه الاجهزة الثمينة عادة ، أما في عيادات الاختصاصيين وأما في المستشفيات . وكثيرون من المرضى يجدون اكلاف العلاج وتضحية الوقت الطويل الذي يستغرقه وإهمال أعمالهم أموراً فوق طاقتهم ، ففي أحوال كهذه ، يجب أن ندلل كل صعبوبة مالية وأن لا نقف مكتوفى الأيدي .

يمكننا تقصير مدة العلاج بشرط الجلد - حتى في تقرحات الوجه - وهكذا نمهد ، لنور فنسن ، اختراق الالتهاب الذئبي والوصول الى عمقه الحقيقي . هنا يختلف الاستاذ كوجيرو مع الاستاذين جلبرت وكرنوهلى مبلغ تأثير برمنغانت البوتاس . فالاول يحذ استعمال هذا الدواء بقوله : « يفيد برمنغانت البوتاس كثيراً في تقصير أمد العلاج » . وهو في الواقع ، بعد تشريط الجلد وتعريضه لنور فنسن ، يكوى الانسجة المتلفة بمحلول من هذا الدواء بنسبة ١ الى ١٠ . ويمكن معالجة عدة مرضى معاً كأنهم مريض واحد ، بزيادة عدد



فارس



الامبربات (١) وهذه الزيادة لا تكلف ثمتاً. والضغط على الجزء المعتل ، الذى نعالجه ، يحدث فيه انيميا موضعية أو هرب الدم ، مما يهيء للعلاج بالاشعة سرعة النجاح .

لا تستغرق جلسة العلاج الاولى أكثر من دقائق قليلة . ثم نأخذ باطالة الجلسات شيئاً فشيئاً حتى أربعين دقيقة على الأقل . ولا تنفك عن الاستمرار فى ذلك الى أن نصل الى النتيجة المطلوبة وهى الشفاء . وغالباً ما نضطر الى الانتظار أسبوعاً أو أكثر ، بين الجلسة والاخرى ، الى أن يزول الالتهاب الجلدى الذى تسببه الاشعة . وعند معالجة تدرن متسع أو عند معالجة قروح مختلفة المواضع ، فى العليل الواحد ، لا يمكننا الوصول الى جميع الاجزاء مرة واحدة ، فنواصل العلاج يومياً ، كل يوم لجزء ، على أن نعود اليه بعد زوال الالتهاب . فان علاج سل الجراد الذئبى مثلاً ، يتطلب من ٧٠ الى ١٠٠ جلسة وربما اقتضى التفرغ المتسع مئات الجلسات .

٧ - أشعة اكس : هى احدى طرق العلاج ، التى تدور حولها الآن امباحث كثيرة . فلا نستطيع ابداء رأى بات فيها ، اذ ليس لدينا براهين تؤكد لنا حسن نتائجها ، فى معالجة الالتهابات الجلدية الدرنية الذئبية . فبعض الاختصاصيين يحذرونها ويهضم ينكرها . فالمنكرون يقولون أن فعلها غير كاف وأنما مبرجة للجلد . والمحبذون يرون أنها مفيدة جداً وتساعد على الشفاء . وان استعمالها أقل كلمة من علاج فسنس ، لأن المريض لا يحتاج فيها الى جلسات قليلة قصيرة : اذ أن جلسة العلاج بأشعة اكس ، لا تستغرق أكثر من ثلاث الى ست دقائق . وربما حصلنا على فائدة جلى ، باستعمال هذا النوع من العلاج ، لاجزاء خاصة كالاذن أو الشفة أو أعضاء أشربة ، حيث لا يكون الضغط ممكنات .



٨ - العلاج بالعقاقير . أما المعالجة الطبية ، كمحقن الكالوميل ، فلا تستحق الذكر . ولا يزال الحقن بالتوبركلين موضوعا للبحث والمناقشة .  
٩ - العلاج بالتعاضد الكحولى أو بالمادة المثليّة المضادة : يعطى هذا المركب حقناً فى الجسم (١) .

١٠ - العلاج «بالغذاء بدون ملح» ، أى غذاء جرسون - زوربروخ - هرمانز دورفر . وعلى الاخص فى اصابات الذئبة (١) .  
قبل اتمام فصل علاج التدرن الجلدى ، اود أن أشير الى نقط مختلفة ، مزودا القارئ ببعض الايضاحات المفيدة ، فأقول :  
يستدعى علاج الاغشية المخاطية والاغشية المشابهة لها ، كغشاء الاذن أو الشفة ، عناية طبيب اخصائى ، متسلط من ممارسة العلاج بالمحسم الحرارى وبالمواد الكيماوية الكاوية وبمصباح كروماير وبالاشعة البنفسجية والفوق البنفسجية . أى أن هذا العلاج دقيق جدا . فلو قام به أطباء قليلو الخبرة لانتهى الى غير مايرضى .

ليس التدرن الرئوى وحده يستلزم علاج المصححات . فالارتفاع العالى وهواء البحر يفيدان المصابين بتدرن الجلد والعظام ، المزولين والمنهوكى القوى .  
يجب فى علاج التدرن الجلدى ، الاكثار من التغذية بالمواد الدهنية كتناول زيت السمك والزبدة الجديدة المازجة بكثرة .

تتبع فى مستشفيات «الشاريته» فى برلين طريقة استعمال غذاء جرسون - زوربروخ - هرمانز دورفر ، أى تغذية المرضى بدون ملح وشاهدت بنفسى نتيجة هذا العلاج ، فوجدت تحسناً فى الاصابات الجلدية وليس الرئوية .

---

(١) انظر تفاصيل هذا العلاج فى الفصل الثالث والثلاثين : « علاج السل عبر الجراحى » .

أضف الى ماسبق من طرق التغذية، استعمال الاشعة المفيد ولا سيما مصباح ثاني أو كسيد السليكون المتبلور على الأقل. وإذا لم نخش تحريك اصابة كامنة في الرئة ، استعملنا هذه الاشعة المنشطة للانسجة بكثرة وأطلنا الجلسات ، تحت الفانوس تدريجيا ولو أصبح جلد المريض نحاسيا فان ذلك لا يضر منه .

ويستعمل الطبيبان سيفي وشالار (١) في لوزان ، مع علاج الاشعة ، حقنات كبيرة من التوبركلين . ويدعيان الحصول على نتائج مذهشة . ولكن ما كل مريض يصمد للعلاج بالتوبركلين وكثيرا ما نرى أنفسنا مطرين لتغيير هذه الطريقة .

يجب أن لا نهمل حقن المريض أحيانا بمحلول الذهب داخل الوريد أو في العضلات . وربما أفادنا اعطاء الزرنيخ بمفرده أو ممزوجا بالكينا أو كالبينوسالفارسان .

وكأن « آخر الطب الكي » كما يقول الاقدمون ، كذلك آخر هذه العلاجات الاستئصال . فالواجب اذن أن لا ننسى هذه المعالجة الجراحية والتشريط والكي .

الآن أريد أزيد القارىء ايضا حاحا عن تأثير أجهزة الاشعة المختلفة ، التي نستعملها في علاج التدرن الجلدى :

مصباح فنسن (٢) : هو مصباح قرصى ، فحوى (٣) ، ولدنورا يتخذ شكل نصف دائرة ، غنى بأشعة الفوق بنفسجية والمتزجة بأشعة الحرارة . وهو الأقرب الى أشعة الشمس المتزجة بأشعة بنفسجية مستقلة . ولاستعماله بطريقة فعالة ، نحتاج الى قوة كهربائية تتراوح بين ٤٠ - ١٠٠ امبير .

---

(١) Cevey and Schaller-Lausanne (٢) Finsen Lamp (٣) Arc Lamp

مصباح كوارتز (١) أو مصباح ثاني أكسيد السليكون المتبلور : هو جهاز غنى بالأشعة فوق البنفسجية . ويحتوى على الموجات الأشعة القصيرة القياسية و فقير جدا بأشعة الشمس . ولا يحتاج فى استعماله الا الى قرة ١٠ أمبيرات ، فهو أسهل من مصباح فنتن .

مصباح كروماير (٢) : يشبه مصباح ثاني أكسيد السليكون المتبلور ، لكنه أصغر حجما . أطلق عليه هذا الاسم ، نسبة الى مخترعه ، الأستاذ كروماير برلين . ويستعمل للعلاجات الموضعية ، حيث يزيد الشدة .

مصباح يسيونك (٣) : للأشعة فوق البنفسجية وهو أكبر من مصباح كوارتز حجما . يستعمل للعلاج العمومى . وقد أطلق عليه اسم مخترعه الأستاذ يسيونك الألمانى .

جهاز بوكى للأشعة المحدودة (٤) : فى الاهتزازات الكهربائية المنقطعية ، تبدأ بالموجات القصيرة ونتهى بالموجات الطويلة . ونجد أن «الأشعة السكونية» منها هى الأهم . ( و تقترن هذه باسم الأستاذ «مليكن» الامريكى . على أن طائفة كبيرة من العلماء اشتغلت بها . وذلك لانه فى مقدمة الذين ينو ما فيها من الشأن الكبير . ) ثم نتقل الى أشعة كاما . فأشعة رونتجن القاسية . فأشعة رونتجن الطرية . فالأشعة المحدودة . فالأشعة فوق البنفسجية . فالطيف المرئى ( النور العادى ) . فالأشعة تحت الحمراء فالأشعة اللاسلكية ذات الموجات القصيرة والمتوسطة والطويلة فأشعة الدياترمى . فأشعة التيار الكهربائى السريع التذبذب ، العالى الفولتات .  
لجهاز «بوكى» هو ابتكار الأستاذ الألمانى الذى يحمل اسمه . وهو جهاز يعطينا الأشعة المحدودة ( أى الأشعة التى نجدها بين الفوق البنفسجية وأشعة رونتجن الطرية ) ، لعلاج تدرن الجلد . وقد أسفر استعماله عن نجاح باهر .

---

(١) Quartz Lamp (٢) Kromayer Lamp (٣) Yessionneck Lamp  
(٤) Bucky Limited Rays Apparatus.

## الفصل السادس عشر

### السل العظمى

أعيد على القارىء أنى هذا الكتاب ، التزمت فى بحث موضوع التدرن بمختلف وجوهه ، جانب الاختصار لأجل تنوير الفرد المثقف فى الشرق الأدنى ووضع أساس لدرس هذا العلم فى لغتنا العربية ، على منوال يلتفت به تلامذة الطب ويكون حافزا للأطباء على زيادة البحث والتوسع ، فى ما ضربتُ صفحا عنه ، فيصبح هذا الموضوع أكثر قربا الى الأذهان .

والآن انتقل الى البحث فى سل العظام ، متوخيا الإيجاز على رغم ما لهذا الموضوع من الخطورة والشأن ، فأقول :

أن باشلس كوخ البشرى يسبب من إصابات سل العظام ، أربعة أضعاف ما يسببه الباشلس البقرى . وقبلما نجد سل العظام مستقلا ، بل كثيراً ما نراه مربوطا بإصابات درنية أخرى فى جسم العليل ربطا محكما . لذلك نعتبر إصابات التدرن فى العظام حالات ثانوية متفرعة على إصابات أصلية . والقارىء يذكر مراحل السل الثلاث : من « التلقيح » الى « التعقد الابتدائى » ، فى الرتبة ، الى « الاحساسية » أو « التعميم » فى الجسم سحتى فى العظام ، الى المرحلة الثالثة أى « التكلس » أو « المقاومة » . ولما كان لكل قاعدة شواذ ، فلا عجب اذا حدث السل العظمى فى المرحلة الأولى أو الثالثة من السل الرئوى ، بدلا من الثانية ، كما هى القاعدة . وربما نشأ عن خراج درنى احشائى ووصل الى العظام بواسطة الدورة الدموية وهذا ما يندر وقوعه .

قلت أن سل العظم إصابة ثانوية ، مع أننا كثيرا ما نلاحظ ظهورها فى الأطفال وهم فى المرحلة الأولى ، فنتوهم أنها تقع فى دور التعقد ، ولكن عند

ما نذكر طريقة سريان العدوى السريع ، بالباشلس وسمومه ، بشكله المنظور وغير المنظور ، بواسطة الدم ، يزول كل غموض والتباس .

أن التدن اذن يصل الى العظم بطريقتين :

الاولى : بالدورة الدموية — والثانية : بالملامسة .

لوحظ أن بين خمسة آلاف من المرضى ، المصابين بسل العظام ، ٧٨ في المئة منهم في سن لا تتجاوز الرابعة عشرة ، مع تساوى الاصابات في الذكور والاناث منهم ، ما عدا اصابة واحدة زادت في عدد اصابات الاناث . ويتفشى هذا المرض في الاطفال الفقراء ، القليلي التغذية ، المائسين في جو غير صحي ويقل بين اطفال الطبقة الغنية .

أما العدوى ، فقد ثبت لنا أنها تسرى من الخارج الى الداخل ، (١) ، فتعتبرها والحالة هذه اصابة موضعية ، منشؤها مكان آخر ولكن لا نعرف كيف يكون ذلك . ولكن هناك ظاهرة غريبة لها شأن خطير ، تلفت النظر وهي أن السل الرئوى الشديد يندر في البالغين الذين أصيبوا في صغرهم بسل العظام . فهل أن تلك الاصابة في الصغر تكون لقاحا يتيح مناعة نسبية ضد المرض ؟ أم أن الباشلس وسمومه يجد منفذا الى أجزاء أخرى من الجسد فيتخلل عن الرئة ؟ تقع الاصابة في أجزاء مختلفة من العظام :

ربما ابتدأت في السمحاق (٢) وسببت سل السمحاق (٣) أى تدن الغشاء حول العظم . أو في العظم نفسه وسببت سل العظم (٤) . أو ربما انتشرت في تجويف العظم (٥) وسببت سل التناخ العظمى (٦) أو ربما هاجمت الانسجة الاسفنجية في رأس العظم (٧) وسببت السل المفصلي (٨) .

(١) Exogenous (٢) غشاء العظم : اى Periosteum (٣) Periostitis (٤) Ostitis

(٥) Medullary Cavity (٦) Osteomyelitis (٧) Cancellous Tissue

Tuberculous Arthritis (٨)

١ - سل السمحاق هو ارتشاحات درنية في غشاء العظام يندر أن يكون ابتدائياً، ويرى غالباً في الاصلاع. نجد في تركيبه نسيجاً حيوياً، ذا عقد جاورسية، يظهر جزء منها في السمحاق والجزء الآخر تحته. وتستمر عملية التخریب، كما لو كان التدرن في أى موضع آخر، فتتكون الخراجات تحت السمحاق مع تجبن وتقيح. ويتم الشفاء بالتغاف الأنسجة الندبية، حول الكتل المتجينة، التي لا تلبث أن تجف وتكلس. أما اذا استمر تقدم الإصابة، يصل المرض بعد قليل من الزمن الى ظاهر العظم، فينخره نخراً. أو الى كردوس العظم (١) أو الى المفصل المجاور له. وهكذا ينخر التسوس العظام، على مرور الأيام، فتصبح أجزاؤها في موضع الإصابة الأصلية، رمية (٢) ومنفصلة وتسمى حينئذ الرمة أو القطعة المتكثرة (٣).

ونرى أحياناً تضخماً واضحاً في العظم تسببه العقد الدرنية المدفونة في أنسجة السمحاق العميقة. وهذه العقد اذا ابتدأت في النمو، بدا العظم متورماً. وربما امتد هذا النمو الى جزء كبير من العظم أو اخترق نقطة واحدة أو أكثر من رأس العظمة أو قصبتها فزيد في حجمها كلها ازداد حجم الورم.

٢ - سل العظم. يهاجم المكروب الأجزاء الاسفنجية أو الأنايب الكثيفة، الصغيرة، الكثيرة العدد في العظم. ومن هذه الأنايب تمتد الإصابة قديماً في الغالب بمهاجمة الأجزاء الطرية الاسفنجية من العظام الصغيرة، كاللفترات (٤)، وسلاميات الأصابع (٥) والعظام الرسغية (٦) والمسطبة (٧) في اليد والرجل وعظم المقب. ثم أننا نجد في سل العظام نوعين مختلفين يشبهان نوعي السل الرئوى المصحوبين بارتشاحات واحتقان. فالمتقرح المتجبن (٨) يشبه

---

Vertebrae (١) Sequestrum (٢) Necrosed (٣) Epiphysis (٤)  
Metacarpal-Metatarsal (٥) Carpal-Tarsal (٦) Phalanges (٧)  
Ulcero-Caseux (٨)

التدرن الفصي أو الفصيصي . والحبيبي (١) يشبه التدرن الحويصلي المعقد (٢) .

١ - « المتفرح المتجين » . يبرز سريعا وتتكون فيه مادة جينية . وعند الكشف باشعة اكس ، يبدو لنا جليا تحول العظام . وعكس ذلك نجد في حالة نسيما نخر العظام ، (٣) اذ تتجمع انسجة عظمية محبة على سطح السمحاني تحت الجلد ، فتظهر عظام الأصابع متضخمة .



ب - الحبيبي . يشبه كالكفت فيما تقدم ، الالتهاب الحويصلي الرئوي المعقد . ويصح ليفيا . وهذان النوعان : المتفرح المتجين والحبيبي ، نجدهما أحيانا مختلطين أحدهما بالآخر .  
٣ - سل النخاع العظمي . تصل هذه الاصابة الى داخل العظم ولها كل أو بعض الاعراض الآتية الذكر .

٤ - سل المفصل . أو « الرئية الدرقية » . تكون : محرا المعظام أو روى المعظام (٣)

أولية . اذا ابتدأت مهاجمة باتلس كوخ في الغشاء الزلالى للمفصل (٤) أو ثانوية : اذا وصلت الاصابة الى المفصل من مصدر بعيد .

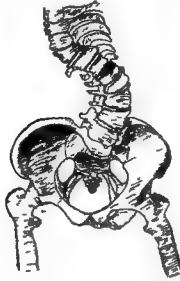
أن أكثر من ٥٠ في المئة من اصابات الالتهاب المفصلي الدرقي ، انما هي نتيجة ثانوية لاصابة سابقة في قصبة العظم نفسها . وينقسم مرض الالتهاب الدرقي المفصلي الى ثلاثة أنواع :

١ - التصبب المفصلي (٥) وهو التهاب ارتشاحي تشتق منه الأنواع والمصلية (٦) أو « المصلية الليفية » (٧) التي تصبح صديدية . ولا نجد بأشاس كوخ عادة في

---

(١) Granular (٢) Follicular Nodular (٣) Spina Ventosa  
(٤) Synovial Membrane (٥) Tubercular Effusion (٦) Serous  
(٧) Sero Fibrinous

التصبب الدرني المفصلي . أما يظهر الغشاء الزلالي للمفصل عمقنا كشيئا . والمفصل متورما ، يؤلم عند الضغط . وأحيانا يشعر المريض بألم الجأني يحدثه التصبب داخل المفصل . ويصعب عليه تحريك المفصل في هذه المرحلة .



سـ  
السلسلة الفقرية  
والتواؤها

ب- الحبيبي . نسيج محب فوق الغلاف الذي يغطي كردوس العظمة . يتورم معه المفصل وتضعف العضلات التي تحركه . ثم يحدث انتفاخ وأوزيما (١) في الجلد ويصبح لون المفصل شاحبا فئسيه الورم الدرني الأبيض (٢) . نجد غالبا في المفصل مادة مصلية أو مصلية صديدية أو ما نسميه التصبب الدرني المفصلي اللبي (٣) . فإذا خفت هذه الحالة ووجدنا نفسنا أمام مرحلة الأنسجة الليفية ، سمينها نخر أجافا غير متقيح (٤) . وهذا التحول يحدث غالبا في الكتف المصاب أو في المرفق (الكوع) .

ت- الصديدي المتجن . هو نوع من الدرن الحبيبي الذي ، بدلا من أن يتحول الى نخر أجاف غير متقيح ، يزداد في المين وارهولة والاتساع الى أن يتحول الى خراجات ونواسير .



لا بد من الإشارة هنا الى تشابه الأوجاع بين داء المفاصل والسل المفصلي. وكان الأستاذ بونسه أول من نبه الى الآلام المفصالية الناجمة عن السل الرئوى المزمن ووجوب التفريق في العلاج بينها وبين داء المفاصل. ففى السل المفصلي، لا يتأثر القلب ولا ينفع العلاج بالسليسلات.

قد وضع الأستاذ فيزه جدولاً للسل المفصلي بالنسبة الى الأعمار، نوردته هنا للقائمة.

موضع الإصابة	من ١ - ٥ سنوات	من ٦ - ١٠ سنوات	من ١١ - ١٥ سنة
السلسلة الفقرية	١٩٣ في المئة	٣٧٦ في المئة	٣٤٣ في المئة
مفصل الفخذ	١٥٤	٤٠٤	٣٢٧
مفصل الركبة	١٧٤	٣٠٥	٤١٥
مفصل القدم	١٥	٤٠	٤٥
العظام الرسغية	٦٦٠	١٣٤	٦٦٦
المرفق (الكوع)	٢٣١	٣٠٨	٣٨٥
العظام المشطية	٥٤٦	١٨٢	٢٧٣
مواضع مختلفة	٢٧	٥٠	٨٠٧

وهنا أرى أن أشير الى نوعين من السل مع أهمهما أيضاً في العظم نفسه، فان لهما علاقة غير مباشرة به:

الأول - سل الكيس الزلالي الغمدى (١) أن الطائفة الغضروفية الوثيرة، التي تقع في آخر العظمة عند المفصل وتكون مع الطائفة المقابلة كيبسا زلالياً لمنع احتكاك المفصل، تعرض للإصابة الدرنية ولها علاقة بالسل المفصلي.

الثانى - سل غمد الاربطة (١) وهو يقع فى غلاف أوتار العضلات عند المفاصل ، حيث يتصل العضل بالعظم ، فيصبح نسيجاً أبيض اللون شديد اللمعان نسميه « وتر » العضلة أو رباطها . وهو يشبه الشريط الرفيع فى شكله ويلتصق بالعظم التصاقاً متيناً . ولهذا الرباط غلاف لوقايته نسميه « غمدا » هو الذى يصاب بالمرض . والسل فى الكيس الزلالى والغمدة يؤدى الى النتيجتين التاليتين :

١ - التهاب مع تصيب أو « ماء على الركبة » (٢) .

٢ - تورم فى المفصل كأنه نمو غريب ، اسفنجى الشكل .

يشعر المريض فى كلتا الحالتين بألم من الضغط وبصعوبة فى الحركة .

والعلاج يختلف بالنسبة الى اختلاف حالات المرض وربما اضطر الطبيب الى بزل الانسكاب المصلى أو ادخال الجايسرين واليودوفورم أو الى استعمال أشعة الشمس الطبيعية أو احتقان فعولى (٣) واعاقه مرور الدم أو تجربة العلاج بأشعة اكس وعلى الأخص اذا كشطنا أولاً الأجزاء المصابة .

---

(١) Tuberculosis of the Tendon Sheaths.

(٢) يجب ان لا يتصور الفارئ ان كل حلقة « ماء على الركبة » هى امثلة درتية ؛

(٣) Bier's Hyperæmia

## الفصل السابع عشر

بحوث أخرى في السل العظمى وعلاجه

قسمت في الفصل السابق الى أربعة أقسام وهي: السمحاق والعظمى والنخاع والمفصلي . والآن انتقل الى دائرة من البحث ، حول الموضوع ذاته ، أكثر اتساعاً وتنويراً للاذهان .

أن أشعة اكس تساعدنا في تشخيص المرض مساعدة كبيرة . ولكنها وحدها لا تكفى للتمييز بين أنواع المرض ومراحله المختلفة . فعلى الطبيب أن يلم بمعلومات أخرى عن المريض ، كتاريخ حياته وسنه وتفاعل دمه وعدد كرياتته ، ليتحقق نوع الإصابة . وأن يقوم بفحص الهيموجلوبين والزرال المفصلي وغير ذلك . فانه ليس من السهل التمييز مثلاً بين السل المفصلي وداء المفاصل كما ذكرت قبلاً . فالأمر يدعو أحياناً الى الملاحظة والدرس الطويل ، قبل أن يصل الطبيب الى تشخيص النهائي يتيح له أن يسمى العلة بإسمها الحقيقي ، بعد أن يكون قد ظنهما التواء في عنق الفخذية (١) أو سلائخاً في العظم (٢) أو التهاباً عفناً (٣) أو الزهري أو الضننى (٤) أو السيلان الأفرنجى أو الالتهاب الماصلى التشويشى (٥) أو التيفوسى (٦) وذلك لفشابه اعراض هذه الأمراض كلها . وعند العلاج ، نعتبر الهروا النقى والطعام الدسم أساساً دائماً رئيسياً لا بد منه لمحاربة هذه العلة . ويحبذ الكثيرون تغذية المريض بطعام خال من الملح .

ومع أن الهواء أو ما نسميه «العلاج الاقليمى» لا تأثير له البتة على باشلس

---

Tuberc (٤) Septic (٣) Osteomyelitis (٢) Coxa Vera (١)

Typhic (٦) Arthritis Deformans (٥)



روليه



كوخ نفسه ، فالتا نجد في الانتقال الى مكان متعش ، مقو ، اما في الجبال أو على شاطئ البحر ، عاملا غير مباشر من عوامل الشفاء . واذا صرفنا النظر عن علاج السل الرئوى ، فان سل العظم نعالجه مباشرة باشعة الشمس حيث نصل الى نتائج باهرة . وهذا العلاج انشأه الدكتور روليه (١) ووضع له جدولا يبين فيه الوقت والتكرار اللازمين .

ومما يجدر بالذكر في هذا المقام أن اقامة المريض على شاطئ البحر مع اعطائه جرعات من اليود تأتى بأفضل النتائج . وبديهي أن الاصابة السطحية أسرع تأثرا من الاصابات العميقة . ففصل الورك والسلسلة الفقرية هما الأقل تلبية للعلاج باشعة الشمس . أما العظام الرسغية والمشطية في القدم ، فهي أكثر تأثرا . على أن عظام مفاصل الجسم الكتف والكوع واليد والأصابع متوسطة في تأثرها . واذا قاومت الاصابات المفصليّة المشتركة (٢) كل علاج سابق ، عرضنا العضو المصاب لأشعة اكس وحصلنا أحيانا على نتائج حسنة .

قد ثبت لنا أخيرا أن الحقن بالتوبركلين أو بالذهب ان لم يكن عديم الفائدة فهو قليلها . وتستعمل مؤسسات كثيرة المادة المثيلية المضادة ، أو التضاد المثيلي ، حقنا في الجسم . وهذا المركب يحضر في معهد باستور في باريس ويستعمل لمعالجة الاصابات الخارجية ، كما يستعمل في سل الغدد والحنجرة والكلى . ويجد القارئ تفصيلا مسبا عنه في فصل علاج السل غير الجراحي ، في آخر هذا الكتاب .

اذ وقتنا امام اصابة تدرن في العظم ، حائرين مترددين في الحكم بقطع الجزء المصاب ، خائفين في الوقت ذاته من ضياع الوقت ، فاشتداد المرض

---

(١) A. Rollier — (Leysin) (٢) فيها مكروبت اخرى خلاف بانس كوخ .

وازدیاد سمومه ، علينا أولا بالالتجاء الى طريقة الاحتقان المنفعل ، (١) التي يعود الفضل فيها الى الاستاذ الالماني بير (٢) . تربط الموضع المجاور للاصابة برباط يعوق رجوع الدم الوريدى ، بدون ايقصاف الدورة الشريانية وبدون احداث اى ألم . ثم نرفع الرباط من حين الى آخر ، لراحة الجزء مربوط . وهذه الطريقة العلاجية يمكننا استعمالها فى حالات كثيرة . وقد دلت الاحصاءات على ان كثيرين من الاطباء تمكنوا من معالجة وشفاء اطراف عديدة ، كان قد سبق ان حكم عليها بالقطع .

كلما كان المريض حديث السن ، مكنته مناعة الشباب من الحصول على الشفاء . ولكننا لا نطلب من الطبيعة المستحيل والقاعدة القياسية هي انه فى سل مفصل القدم والركبة واليد والمرفق ، لا ينبغي الالتجاء الى العمليات الجراحية قبل مرور سنة او ستة ونصف سنة على الاصابة ، مستعملين فى اثناء ذلك علاجات أخرى . وفى سل مفصل الورك والكتف ، يمكن الانتظار حتى السنة الثالثة . هذه هي القاعدة العمومية . ولكن هناك حالات كثيرة نعيدها اهتماما خاصا وتستدعى تغيير العلاج بحسب طول المدة او قصرها او نوع العلاج الذى يجب ان نتبعه . ويتوقف حكمنا طمعا على استعداد الفرد وحالته العمومية . ولكن فى الغالب لا بد من بتر العظم أو كشط المفصل ، اذا لم ينقطع الصديد منها واصح مرنا .

فالصديد فى داخل الجسم ، يهلك القوى ويمنع الاعضاء من تأدية وظائفها بدقة وانتظام ويسبب انحطاطا فى الغدد الداخلية المختلفة . ويصبح اقوى العوامل الخبيثة ، التى تؤسس فيها فسادا دهنيا (٣) ، فيظهر شكل المريض عندئذ منتفخا قليلا ولونه كالشمع . وهى حالة فاسدة مرضية عمومية ، تدل على ان جهاز

Fatty Degeneration (٣)

Bier (٢)

Passive Hyperæmia (١)

المريض قد يمدّ جداً عن الحالة الصحية .

يجب عند معالجة السل المفصل أن نرى الى غرض واحد وهو الوصول الى « التصلب في المفصل » (١) أو تثبيتته بوضعه في الجبس، اى الى إيقاف كل حركة فيه . وهى حالة لا يمكن الوصول اليها ، الا بعد اختفاء كل أثر للتفتيح في الجزء المصاب . ولكنى أدع للطبيب الاختصاصى تفصيل ذلك وشرح العلاج الفنى باشعة الشمس أو البتر أو الكشط أو الفرز أو التداوى بالعقاقير ، اما عن طريق الفم أو بوضعها في حفر العظم المتدرن ، كالزيت والجليسرين واليودوفورم والجوايا كول والكريوزوت والتفتول والكافور والفينول وغيرها . وانهى هذا الفصل بتنبه القارئ الى الاغلاط التى ترتكبها العامة في تحليل عاهات المفصل الوركى والسلسلة الفقرية ، كما تفعل بالسل الرئوى .



أن العامة يستنكرون قولنا أن السل لا ينحصر في الرئة، كما هو راسخ في أذهانهم، بل يوجد في كل عضو من أعضاء الجسم وأن سيبه هو باشلس كوخ - المكروب الخاص الذى نعرف عنه الشيء الكثير — وتؤكد أن فلانا

أصيب بالسل (الرئوى طبعا) لأنه شرب من اثناء قدر، فعل فيه فعل السم البطي . وأن فلانا يعرج لأنه وهو طفل سقط من بين يدي مرضعته « وفك » وركه . وآخر له سنم (٣) لأن والدته لم تحسن حمله على ذراعيها فغير الوضع مركز العظام . وهكذا نكاد نسمع تلك الأقاصيص يوميا، حتى في العيادة، وعلى وجوه رواتها رزاة الحكماء وهية العارفين !

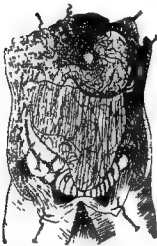


## الفصل الثامن عشر

السل في بعض الاعضاء الرئيسية الباطنية.

### ١ - سل البريتون ( الباريطون أو الهرب ) .

ما هو البريتون أو الهرب ؟ هو غشاء دهني ، منتشر ضمن جدران البطن ، يمتد من المعدة الى أسفل ويغطي جميع الاعضاء التي يحويها البطن . فبالسل كوخ وسمومه — بانتقاله من الامعاء بواسطة الدورة اللفاوية أو من غدد الهشئة أو المساريق (١) أو من قناة فلويوس (٢) التي تحمل البويضات في الاثني الى الرحم أو من الرتين بواسطة الدورة الدموية أو ثانوية لاصابة الخصية في الذكر — يهاجم هذا الغطاء ويسبب الالتهابات الآتية :



الموضعي : يتبع غالباً اصابات الجلد أو الطحال أو الامعاء . وكلما ارتفع مركزه في البريتون ، اشتد نوع الاصابة . وربما كانت الاصابة مسية في الصغار عن الباشلس البقري ، الذي نجده في اللبن غير المعقم .

الشامل : اشد الأنواع خطراً . فهو نتيجة اصابة درنية ، جاورسية ، حبيية تفشت بالدم .

وهو في الحالات المزمنة ، على نوعين : البريتون والثرث الأكبر (٣)

الجاف : نشعر به عند الجس بشكل كتل قاسية ، منتشرة أو متراكمة فوق

سطح البريتون . أو تجتمع التصاقات متسعة، بين الأثناء المعوية، فمحض أحيانا البريتون والمسايق والثرّب (١) وتحجز البؤرة الدرية كما لو وضعت في كيسولة صلبة نشعر بها عند الجس . وأحيانا نجد لها مصحوبة بارتشاح بسيط . وربما ثقت البؤرة الدرية النسيج اللين المحيط بها ودخلت التواءاً معويّاً أو تسربت الى الخارج وظهرت على البطن وسيت ناسورا غاطليا .

المرتشح، الاستسقاء : يصحبه تجمع مائى ينتشر عرضا ويتحرك في بادية الامر بسهولة، ثم يصبح ثابتا، ثم يكون جيوبا . ولا تصحبه بالضرورة حمى التدون العادية، التى نسميها «حمى الدق» (٢)، ويقترن بقلة الشهية للطعام وباسهال شديد من وقت الى آخر . ويشعر المريض باللم بسيط، عند الضغط . وإذا انتشرت الالتصاقات تغيرت هذه الصورة فيما بعد وابتدأ الضغط الداخلى وأصبح البطن صلبا ومؤلما جدا . ويشكو المريض مغصا حادا، صعب الاحتمال . وتصاب المرأة بالحى قبل الطمث وفى أثنائه .

أن سل البريتون يصيب المرأة عادة عند البلوغ، كأن التكوين التناسلى حامل ينشط المرض . ولا تعادل الاصابات فى سن الشباب بين الذكور والاناث، ويسلك هذا المرض طريقا طويلا جدا . ولا يشفى من تلقاء نفسه، كما يحدث فى حالات أخرى ورد ذكرها فيما تقدم، الا نادرا .

ولا يعرف فى بدئه بسهولة، اذ لا يكون لدينا ما يفتنا بوجوده سوى اعراض عمومية كالحى الثابتة والنقص المستمر فى الوزن وزيادة عدد كريات الدم البيضاء، على رغم أن المريض يكون فى سن الشباب . ولكن عند ما تظهر اعراضه فيما بعد، نجد لدى الجس سائلا أو كتلا قاسية تحت جلد البطن . ويصاب المريض بالاسهال المتقطع، ثم يظهر التفاعل بالتوركلين ايجابيا - وإذا

أخذنا قليلا من السائل الموجود في بطن المريض وحقنا به خنزير غينيا ، تظهر النتيجة إيجابية - عندئذ يصبح المرض واضحا . وقد يخطئ الأطباء في تشخيص هذا المرض أحيانا . فرب تورم مبيض أو التهاب الزائدة الدودية المزمن اعتبر سلابريونيا موضيا ، فموج خطأ بالأدوية وبالاشعة . والأولى في هذه الحالة إجراء عملية جراحية .

أما علاجه ، فأشبه بعلاج غيره من أنواع السل . ولا ننسى أن نصف له مستحضرات اليود مع الاستشفاء بأشعة الشمس وبمصباح ثاني أو أكسيد السليكون المتبلور وبأشعة رونتجن بكثرة . أما العلاج بالتوركلين ، فهو في الحالات المرتشحة أكثر تأثيرا منه في الحالات الجافة ،

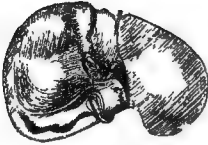
ويجب تناول الغذاء الموافق ومحاربة الاسهال أو الإمساك وتسكين الألم الحاد . وقد اتضح لنا أن استعمال المسكنات الساخنة على البطن ، يخفف من حدة الألم . ومن المحتم سحب السائل من البطن لنأمن شر إصابة ثانوية في الحالات التي يتضرر فيها التنفس أو التي نجد فيها القلب في خطر . ولكن هذه العملية لا تجدى نفعا كبيرا ، إذ أن السائل يعود فيتكون وفي وقت قصير يملا البطن ثانية . أما طريقة نفخ البطن بالهواء للضغط على الاعضاء التي تفرز السائل ، ابقاها للارتشاح ، فالضرر من اجرائها يفوق النفع كثيرا . ولا أريد أن أذكر شيئا عن عملية فتح البطن ، في حالات كهذه ، بل أترك الحكم في استعمال هذا العلاج الخطر في الوقت المناسب للاخصائي والجراح .

٢ - سل الكبد : اذا أصيب الكبد ( ولا تسرى العدوى الى الكبد

الابالبدورة الدموية ) ، استهدف لاحد الطوارىء التالية :

١ - التقلص أو الانكماش .

ب - التشمع أو التفساد الدهني .



الكبد والمرارة

ت- انتشمع أو الفساد التشوى .

يتألف الكبد من خمسة فصوص وله وظائف عديدة :

مخزن للجسم

وغدة للأفراز

وعضو للإبراز ، ( أى لإخراج المواد الفضولية ) .

١ - تحوى الكبد مادة تدعى النشاء الجيرانية (١) وهى سكر يصبح بدوره كحولا ، يحرق فى الجسم عند الحاجة الى القوة ، للقيام بحركة عضلية (٢)

ب - تفرز المرارة أى الصفراء وهى مادة تساعد على هضم المواد الدهنية وامتصاصها . ولها أيضا خاصيات مطهرة طفيفة . وهى تخزن فى المرارة ، تحت الكبد وتسيل يبطء بحسب الحاجة اليها ، فى أقتية واقنة فى الجزء الاعلى من الامعاء الدقيقة المسمى الاثني عشرى ، (٣) ، حيث تساعد على اتمام عملية الهضم .

ت - تبرز الكبد - اتماما لعملية النفذ - المواد الفاسدة الناتجة من الحركة والقوة الفاعلية الجسدية وهى الاصبغة والحوامض الصفراوية (٤) والكولسترين والستين واليوربا . فان هذه المواد - وأهمها اليوربا أى البولينا - اذا لم تخرج من الجسم سممت جهازنا . والكولسترين ، مادة غير أزوتية فى المادة النخاعية البيضاء فى الياف الاعصاب - فهى لذلك عامل جوهري فى تكوين جهازنا العصبي . أما الستين - المادة الدهنية الازوتية - فهى عنصر جوهري آخر فى

(١) Glycogen (٢) ارجو ان يذكر الفارى كيف ان مجموعة الخلايا التى نسيها : جزر لانجرهانز والتى نجهدها فى البنكرياس ، هى التى تحكم مقدار السكر الذى يجب ارساله الى الدورة الدموية او الذى يجب خزنه فى الكبد . (٣) Duodennum

(٤) Bile Acids and Pigments.

الجزء الابيض من الجهاز العصبي . ونسمى بولينا أو يوريا الانتاج النهائي للتروجين أى الازوت الذى تحويه المواد الغذائية الزلالية كاللحوم والحبوب . وتتكون البولينا أو اليوريا فى الكبد وتسرب الى الدورة الدموية وتصل الى الكليتين ، فتدخل فيها الى الاوعية الشعرية فى « أجسام مليجى » حيث تقطُر منها وتذف الى البول .

ففى « الانحطاط النشوى » ، تضخم الكبد لدرجة جسيمة وربما تمددت الى وسط البطن ووصلت الى السرة واشتدت كالمطاط ، ولكنها تبقى بدون ألم . مما شرحته سابقا عن وظائف الكبد وما يطرأ عليها بواسطة التقنح المستمر ، من الانحطاط النشوى ، الذى يغير أنسجتها وتكوين شرايينها ، يستطيع القارىء أن يتصور الارتباك الذى قد يحدث فى الوظائف الافرازية والابرازية لهذا العضو ، اذ تعرقل حركته فى امتصاص الصفراء والنشاء الحيوانية وتقل قدرته تدريجيا على امتصاص الدهن وهضمه .

ينبغى التمييز بين أربعة أنواع من اصابات السل فى الكبد .

١ - التسكرون الدرني الجاورسى الحبيبي أو ما يقاربه .

٢ - بؤر صغيرة متعددة متجنبة .

٣ - وحدات متراكمة كبيرة الحجم ، نجدها على الاخص فى الاطفال المصابين بالسل البريتونى .

٤ - كباد مزمن ( سرؤز )<sup>(١)</sup> . كما نجد فى الالتهاب المزمن المتأنى عن الاكثار من شرب الكحول . وقد شرحنا ذلك فى ما تقدم . ويصعب جدا التأكد من هذه الحالة والمريض لا يزال على قيد الحياة .

### ٣- سل الغدة الحلوة ( البنكرياس أو البنقراس ) .

هذه الغدة التي تقع عرضا في البطن خلف المعدة ، تمتد من الطحال الى  
الاثني عشرى في الامعاء الدقيقة ، بطول ١٧ سنتيمتر وبعرض ٤ سنتيمترات .  
وفوق احتوائها على الخلايا المعروفة باسم « جزر لانجرهانز » المختصة بحفظ  
ميزانية استخراج السكر من الكبد ، لها افراز داخلي يصب في مجراها المسمى  
قناة ويرسنج (١) . وهذا الافراز سائل شفاف ، عديم اللون ، رغوى ، يسمى  
« العصارة البنكرياسية » ، ويصب في الاثني عشرى قرب فتحة مجرى الصفراء ،  
فيساعد على الهضم .



الغدة الحلوة أو البنكرياس  
والاثني عشرى

وهذه العصارة تحتوي على أربعة  
افرازات نسميها خمائر ( الأنزيم ) (٢) :  
١ - « الهاضم الشعوى » وهو خيرة  
تؤثر في المواد الدهنية فتحولها الى حامض  
وجليسرين .

ب - الهاضم الزلالى وهو مادة  
« كيمايوية عضوية » تساعد على هضم  
اللحوم والمواد الزلالية ( البروتينية ) .

ت - « الهاضم النشوى » وهو مادة تحول المواد النشوية الى سكرية اعدادا  
لهضمها .

ث - « الهاضم اللبنى » وهو مادة تحول اللبن الى جبن .  
ويشك بعض اساتذة الفيزيولوجيا في هذا النوع الرابع .

قلت أن هذه الغدة تضبط المواد السكرية ، بفعل افراز داخلي من مجموعة خلايا فيها تسميها « جزر لانجرهانز » (١) ، نسبة الى مكتشفها . ومنها نستخرج المادة المسماة : « أنسولين » (٢) . فإذا ما أصيبت هذه « الجزر » بضعف ، ظهر السكر في البول وفي الدم ، فستعمل اذ ذاك الأنسولين لضبط انبعاث السكر من الكبد . ولكنها اذا أصيبت بمرض السل ، عندئذ يظهر مرض « السكري » بجميع اعراضه الدائمة . واذا صادفنا حالات شديدة من « السكري » - استلزمت علاجاً مستمراً بالأنسولين - قادماً الاستنتاج الصحيح الى الاشتباه بالسل في البنكرياس . والبول السكري يساعد بدوره على ظهور اعراض الارتشاح والتقرح في الرئة ، لذلك نحتم علينا في حالات السل ، استمرار الغذاء بالمواد النشوية واستعمال الانسولين ، فيحتفظ المريض بوسيلة حسن التغذية بمقدرته على مقاومة المرض . وهكذا تتمكن من صد الإصابة الدرنية .

#### ٤ - سل الطحال :

لا تزال وظائف الطحال غير واضحة تماماً ، وانما نعتقد أنها ترتبط نوعاً ما ، بتكوين الكريات الحمراء واعداد الهيموجلوبين الجديد . وهذا مجرد تقدير وتخمين . وكثيرون من علماء الفيسيولوجيا ينكرونه . لذلك نجد أنفسنا غير واثقين من تفسير الاضطرابات التي تحدث في وظائفه والتي تسببها التغيرات المرضية في حالة حلول الانحطاط النشوي فيه .



الطحال

والطحال عند ما يتضخم بالبرداء (الملاريا) ، يصبح معداً لبأشاس كوخ . واصابته في الغالب نازلة ، ناتجة عن التهاب جاورسي عمري ،

فظهر الأنسجة المصابة متجنبة كثيفة وتحتوي على مادة صديدية جافة (٣) .

(١) Islands of Langerhans (٢) Insulin

(٣) اقرأ « الملاريا والسل » في الفصل السابع والعشرين .

٥ - سل الغدد اللبغوية :

يكون إصابة اولية مباشرة من باشلس كوخ نفسه .

أو إصابة ثانوية بواسطة الدورة اللبغوية .

أو إصابة ثانوية بواسطة الدورة الدموية .

وهو ثلاثة انواع :

الجاورسى . المتفشى . المتجبن .

والغدد التى تصاب بهذا المرض هى الآتية :

ا - الغدد القصبة الشمية .

ب - غدد الهوشه ( المساريقا ) (١) .

ت - غدد الفم والحلق والعنق وتحت الفك الأسفل أو تحت الأبط

أو فى الأربية ( الحلب ) (٢)

٦ - سل الجهاز الهضمى :



الامعاء

الجهاز الهضمى قناة طويلة تبدىء بالفم وتنتهى

بالمخرج . فباشلس كوخ يهاجم أى جزء منها ، كاللوزتين

والبمعوم والخنك . واذا كانت إصابة اللسان حادة ،

رأينسأه بالعين المجردة وقد علته عقد درنية وظهر

عليه الالتهاب .

(١) Mesentery : الهوشه يسبح يمتد فى البطن على شكل مروحة ويتصق احد حايه

بالامعاء (٢) Groom

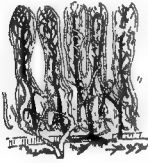




المعدة

وكثيرا ما يهاجم الباشلس المعدة ويسبب فيها اصابة معوية حادة، هي ألم جميع مضاعفات السل الرئوى . ويقدرها بعض الباحثين بنسبة ٤٠ - ٨٠ في المئة من مجموع تلك المضاعفات. فالباشلس يصل الى المعدة من الرئة بطريق القم، اذ ينبلعه المصاب فيزرع المكروب في قناة الهضمية .

في السل المعوى نجد الأوعية الشعرية وأسجة الخلل (١) مصابة بالفساد



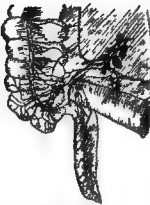
الخلل

الشمعى، شديدة كالمطاط الهندي، غير قادرة على تأدية وظيفتها. يمر فيها الغذاء السائل فلا تمتصه الأمعاء الدقيقة، بل ينحدر الى الغليظة ويقذف كالاسهال الى الخارج، بدون أن يستفيد منه الجسم، فتقل تغذية المريض وينقص وزنه وتضطرب قوته ويصبح سقيما، مصابا بفقر الدم الشديد ويموت من الهزال .

أما القمم اللغافى الأعورى - وهو الجزء الأيمن الأسفل من الامعاء - فهو معرض أكثر من سواه لاصابات السل على أنواع أربعة :

١ - القرحى : قرحة درنية أو أكثر، على طول مجارى الدم والاقية البلغافية في الامعاء اذا تطورت وتحولت الى ندبة، ضيقت قناة الامعاء

(١) Villi اصام شعرية في الامعاء - تمس الغذاء بعد ان يصبح السائل .



وأدت أحيانا الى انسداد فيها ، يجعل التدخل الجراحي ضروريا . وربما تكون التصاقات واسعة النطاق وظهرت فوق ذلك اعراض الالتهاب البريتوني وقد يضطر الجراح الى قطع جزء من الامعاء .

ب - الاعورى: الملى الاعور (١) . كيس على جانب البطن الايمن يصل الملى الدقيق بالملى الاعور والزائدة الدودية الغليظ وتندلى منه الزائدة الدودية (٢) فهذا يلتب أحيانا تحت تأثير الإصابة ويكون خراجا ، فيصبح جداره الداخلى غليظا ، محتقنا ، مرتشحا . والجدار الخارجى خشنا ، مغلى بعقد صلبة .

ت - الدودي : غالبا ما يحسبه الطبيب التهابا بسيطا فى الزائدة الدودية ، فلا يصل الى تشخيص ايجابى نهائى الا بعد قطعها وفحصها تحت المجهر . فالكشف باشعة اكس يساعدنا كثيرا على ذلك .

ث - الشرحى : يصيب الفتحة الشرجية فى نهاية القناة الهضمية فيكون فيها خراجا ، اذا فتح تحول الى ناسور صعب الشفاء . ويمكن أن يكون إصابة أولية . ولكن معظم هذه الاصابات ثانوى للسمل المعوى أو بؤرة درنية أخرى فى الجسم . تنقل العدوى الى الشرج بواسطة الدورة الدموية .

أن التثبت من السمل فى الامعاء صعب ، لا ينفع معه التعويل على وجود باشلس كوخ فى البراز . فقد يتلع المصاب بالسمل الرئوى بصاقه المحتوى على

المكروب ، فيظهر في برازه . ثم أن الامساك والاسهال ، اللذين يعول الطبيب على تعاقبهما ، لا يرافقان جميع الحالات . فينبغي اجراء فحص أدق لهذه الحالات ، مع ملاحظة اعراض أخرى أكثر وضوحا ، للوصول الى التشخيص الصحيح .

أما العلاج ، فطويل شاق ، يستلزم الراحة التامة للمريض واستعمال المقويات وتعريض البطن أحيانا لأشعة الشمس أو لمصباح ثاني أوكسيد السليكون المتبلور . ووضع ضمادات دافئة على البطن . واعطاء مسكنات عند اشتداد الألم . والمواظبة على حقن المريض بمحلول الكلس وأحيانا بالتوبركلين . واعطاء مليئات ، اذا أصابه امساك . أو قوابض ، في حالة الاسهال . وجميع ذلك موكل الى ذمة الطبيب الاختصاصي .



## الفصل التاسع عشر

### القلب والسل

١ - حالة القلب : يعرف الاخصائيون الملبون بمرض السل على اختلاف أنواعه ، أن القلب ، اذا لم تطرأ عليه عوامل غير التي نحن بصدددها ، كثيرا ما يصبح أثناء المرض أصغر حجما - شكله كشكل قلرة ماء متدلية - أعلاه دقيق ضيق وأسفله واسع مستدير - بحيث يضمر ويصبح أصغر من حجمه الطبيعي ويرى الشريان الابهر (١) - وهو الشريان الاعظم المنحدر من القلب بشكل قوس - دقيقا ، هزيبا ، مستطيلا ، يدل على التأخر في النمو ويظهر في الشكل الذي نسميه « الصدر المشلول » .



كلما وقفنا أمام حالة كهذه تملكنا الحيرة وتساءلنا: هل نجم المزال عن إصابة أولية في القلب أضعفته وأمتدت منه الى الجسم أو أن إصابة الجسم هي التي أورت القلب التحول باصابة ثانوية ؟ ولكن بما لا شك فيه أن الإصابة الدرقية ، في كل دور من أدوارها - أولية كانت أم ثانوية - لها علاقة شديدة باضعاف القلب . وقد دل الاحصاء على أن ٤٠ في المئة

من حوادث نحول القلب ، كانت مرتبطة القلب والشرايين والاوردة الرئيسية باصابات درنية حادة ووه في المئة ، باصابات خفيفة . لذلك لا يمكننا البت

نهائيا ، في ما اذا كان هذا الضعف العضلي في القلب ، هو في حد ذاته اصابة أولية ، أم هزال ناشيء عن اصابة سابقة في الرئة . ولا يزال هذا الموضوع تحت البحث . ولكننا نعلم أن ٩٧ في المئتين المصابين بالسل الشديد ، يصابون في الدور الاول منه بهبوط واضح في قوة الدورة الدموية .

٢ - مركز القلب : لا يقتصر فعل السل على أنسجة الرئة ، بل يؤثر في شكلها وحجمها . ونجد أن الارتشاح المستمر في البلورا ، أو ادخال الهواء في تجويفها ، للضغط على الرئة ، أو تليف الانسجة الرئوية في الاصابات المزمنة ، أو جفافها وتصلبها بعد زوال الارتشاح ، كل ذلك يقترن بإزاحة القلب من مركزه في الصدر ، سواء الى اليمين أو الى اليسار . وهذا التغير في مركز القلب تابع للتغير في أنسجة الرئة . واصحاب الاصابات المتوسطة لا يشعرون بنتائج سيئة من جرائه . ولكن عند ما يعتري القلب الهزال ويستولى الضعف على عضلاته ، يشعر المريض باعراض متعبة جدا . ويصبح الانخفاض في نشاط الدورة الدموية ، أكثر وضوحا وأكبر مغزى .

٣ - سل القلب : أنواعه بالنسبة الى احزائه المصابة :

سل التامور<sup>(١)</sup> أو سل الشفاف : هو أهم أنواع السسل الفؤادى على الاطلاق . والتامور أو شفاف القلب ، غشاء مزدوج ، له طبقتان رطبتان ، بينهما سائل يمنع الاحتكاك عند تقاض القلب وتمدده . والشفاف للقلب هو كالبلورا للرئتين . أما الاصابة التي تحدث فيه ، فهي من النوع الجلف ونادرا ما نجد لها مصحوبة بارتشاحات . وسواء كانت نتيجة اصابة جاورسية عمومية ، أم درنية موضعية في عضل القلب ، فان اعراض التدرن الجاورسي تظهر دائما في هذا النشاء .

إذا كانت إصابة والتامور، حادة، شعر المريض بألم موضعي شديد وبصعوبة في التنفس . وازرق لون الجلد عموماً وسمع الطبيب أعراضاً داخلية كاحتكاك راقى والشفاف . إلا إذا اقترنت الإصابة بارتشاحات ، فلا يسمع عندئذ صوت احتكاك . وإذا نشف هذا الارتشاح ، على تراخي الأيام ، التصق راقا التامور أحدهما بالآخر فوق القلب وتغرقلت حركة انزلاقهما أثناء الشيق والزفير وأصبح التنفس أكثر صعوبة والنبض أقصر وأسرع . وكل خلل يطرأ على القلب ، الذى هو أشبه شيء بالطبلة ، يؤدي الى إبطاء في الدورة الدموية : فاحتقان وتعب في الكبد، فرض الاستسقاء في البطن . أما إذا التهاب التامور والتصق عند قاعدته بقبة الحجاب الحاجز (١) ، ظهرت هذه الأعراض السابقة للمرض عنيفة جداً .

وترجع هذه العلة الى ثلاثة مصادر عليلة :

ا - الى الرئة أو البلورا أو عضل القلب أو غدد المنصف الصدرى (٢) .

ب - الى غدد بجوار القلب ، بواسطة الدورة اللفافية .

ت - الى الدورة الدموية .

سل عضل القلب : هذه الإصابة نادرة جداً وغالباً ما تكون نتيجة تدرن جاورسى عمومي يطرأ على الجسم وتميز أعراضها بسرعة النبض واختلاله وضيق النفس والازرقاق والدوار (٣) .

سل بطانة التجسليف : نملك كثيراً فى حدوث هذا النوع كإصابة أولية فى القلب .

وعلاج هذه الأنواع مختلف ، كثير التعقيد ، يتفاوت بتفاوت الحالات والاشتراكات والاسباب وهو من شأن الأخصائى وحده .

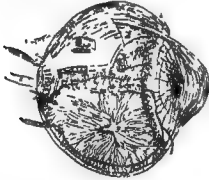
## الفصل العشرون

### سل الدين والاذن والاعصاب

#### ١ - سل العين :

إصابة العين تكون ثانوية، سواء جاءت من الدورة الدموية أم من الدورة اللمفاوية أم من التهاب درني جلدي بجوار العين أم من الأقف . ولا تكون أولية، إلا إذا سرت العدوى عن كسب من جو موبؤ أو من استعمال مثلا مناشف ملوثة أو مناديل أحد المصابين أو من ذلك جفن العين بأصابع ملوثة بالمكروب .

والإصابة تكون على :



العين

١ - الغشاء المخاطي أو الملتحمة . وهي تحدث كثيرا في الاطفال . ونجدها عادة في عين واحدة . تظهر عقدا صغيرة أو انتفاخات منتشرة على أساس أصفر مائل الى الاحمرار . وتطول مدتها وتصبح

مزمنة وربما امتدت الى انسان العين (١) . ولكن هناك فرق بين هذه الإصابة وبين الزمد الجببي أى التراخوما . على أن المريض لا يشعر في أول الامر بألم ما ولكن فيما بعد ، عند ما يالتهب جفن العين ، تبتدىء الآلام المبرحة .  
نعالج هذه الحالة بالاستئصال أو بالكحت (لا بالسكي) وبمرام اليودفورم .  
ومن الممكن تجربة العلاج بالاشعة وبحقن التوبركلين .

ب - القرنية : يمكن أن تصاب القرنية الصلبة إصابة ثانوية تصل اليها من

المتحممة، وفي معالجتها، نستعمل علاوة على ما سبق ذكره، محلول الاترويين .  
ت - شبكة العين : هي جهاز العين العصبي المؤلف من خيوط عصبية ،  
مرتبة بعضها الى جانب بعض . ترتكز عند قاعدة كرة العين، حيث تطبع عليها  
صور الأشياء الخارجية التي تنظر اليها .

ث - عصب النظر : ينتهي هذا العصب في شبكة العين . وينقل منها الى  
الدماغ صور المرئيات . واصابته بالسل من النادر جدا .

ج - حجاج العين أو محجر العين : أعنى به التجويف العظمي الذي ترتكز  
فيه كرة العين قد يصاب بالتسوس الدرني اذا كان وراؤه أو بجانبه خراج درني .  
٢ - سل الأذن :

هو في الاطفال أكثر منه في الكبار . وغالبا ما نجد الاصابة في الاذن  
المتوسطة . وربما وجدناها في أجزاء أخرى من الأذن .



١ - سل الأذن الخارجية . يصيبها على  
أثر تقرح الجلد ، من خرق شحمة الأذن  
(لادخال القرط ) أو من افرازات درنية  
تسيل باستمرار من الاذن المتوسطة الى  
الخارج . وهي اصابة قليلة الحدوث .

ب - سل الأذن المتوسطة : هو الأكثر  
شيوعا ولذلك كان سل الاذن الحقيقي . تبدأ الاصابة في الغشاء المخاطي وتخترقه  
هابطة ، حتى تصل الى عظام الاذن الباطنية المسماة « تيه » (١) .

ت - سل الأذن الباطنية : تتفرع منها الاصابة الى التجويف العظمي  
وراء الأذن الظاهرة ، المعروف بالخششاء (٢)، فيسبب ما نسميه السل الخششائي .



يجب التحقق من حالة النظام قبل العلاج بالطرق الجراحية وأشعة الشمس وحقن الذهب أو التوركلين .

### ٣ - سل الأعصاب :

يتركب جهازنا العصبي من ملايين الأعصاب ، كالنقط والخيوط ، متصلة بعضها ببعض تدعى « وحدات النسيج العصبي » (١) . وهي تحرك أجزاء الجسم المختلفة . وكل منها يتألف من خلية (٢) ومحور (٣) أو أكثر . منها ما يحمل الرسائل من مراكز الفكر الى سائر أعضاء الجسم وبالعكس .

تتأثر غلافات المحور بسموم التدخين المتفرج ، الزمن ، فتورم . وتجب ضغطا على نسيج العصب وألمسا مبرحا لا يطاق . ولا علاج لهذه الآلام الا المسكنات المختلفة .

وهنا اتقل بك أيها القارئ في الفصل المقبل ، الى موضوع على غاية كبيرة من الأهمية : وهو موضوع السل السحائي .

## الفصل الواحد والعشرون

### السل السحائي

السل السحائي هو تدون غشاء الدماغ المؤلف من طبقتين هما: الام القاسية والام الخنون.

والام القاسية (١)، أى الغشاء الظاهر لكلا المخ والجبل الشوكى. وهو غشاء ليفى ملتصق بمجدران الجمجمة.

والام الخنون (٢). هى غشاء وعائى، تحت الغشاء الأول، يغلف الدماغ، وفيه تنتشر الاوعية الدموية التى منها يستمد الدماغ الدم والغذاء.

عندما نقول «سل فى أغشية الدماغ» (٣) نفي بذلك انتشاره (ثانويا)، حتى فى السحايا الدقيقة العنكبوتية والام الخنون. وكما يقرر الاستاذ هوبشمان، ٧٥ فى المئة من التدون الجاورسى انما هى اصابات درنية فى أغشية الدماغ. وتصل الغشاء بواسطة الدورة الدموية. أو ربما انتقلت اليه بواسطة اندورة اللعفاوية، من الاذن المتوسطة أو من



درنة جاورسية تحته فى الدماغ نفسه أو من عظم تدون فى الجمجمة. أما القول بوصول العدوى الى هذه الاغشية من اللوزتين أو غدد الرقبة، فامر لم تثبت صحته الى الآن.

تسرى العدوى الى «الام الخنون» من اصابة جاورسية أو من اصابة رئوية

متسعة . وأحيانا يظهر التدرن في أغشية الدماغ ، بعد أن يكون أتم عمله في الرئة ، فيكون نهاية التدرن الرئوى المتسع . ومن أسباب السل السحائ أحيانا ، تدرن البلورا أو عقد لمفاوية شعبية أو مساريقية متجينة أو تدرن العظام أو المفاصل . وفي البالغين ، تدرن المجارى البولية ولا سيما الاعضاء التناسلية . وما لا شك فيه ، أن هذه العدوى تصل الى الأغشية السحائية بواسطة الدورة الدموية . على أنه يجب التمييز بين :

#### ١ - التهاب .

##### ب - ظهور الدرن الجاورسية .

ربما وجدنا إحدى هاتين الحالتين أو كليهما في غاية الحدة والشدة . وإذا ظهر الاثنان معا ، وجدنا الإصابة تتبع مجرى الاوعية الدموية الكبيرة ، عند قاعدة الدماغ ، بدلا من تحدبه . ولذلك سميناها تدرن الغشاء السحائي القاعدى (١) .

لا يتبدى هذا المرض فجأة ، بل يصيب المريض في بادىء الامر صداع وضعف في القابلية وامساك وقيء . فيصبح قلقا متنبه الاعصاب مضطربا في نومه ، ثم تزداد هذه الاعراض شدة . وبعد اسبوع أو أسبوعين ، تصير الرقبة جاسية ، تألم من الضغط . حتى أن العمود الفقرى كله ، يصبح متوترا . وعند ثني الساق فوق البطن ، يشعر المريض بالآلم مبرحه وهذا ما نسميه « علامة كرنيج » (٢) . وحيث أن الاعصاب ، التي تحرك عضلات العين والوجه جميعها ، تنفرع من الدماغ عند قاعدة الجمجمة التي هي مركز الإصابة الرئيسى ، كان من البديهي أن تحدث اضطرابات مختلفة ، في العين أو في قعرها ، تسبب حولا (٣) أو ترجرجا

أو تشنجات (١) أو تخالف في انساني العينين .

عندما يصاب الجوهر القشري للدخ (٢) ، وهو المركز المحرك للأعصاب الإرادية ، تظهر الاضطرابات في الاطراف فيبتدىء بصعوبة قليلة في الحركة ، تنتهى غالبا بشلل في أحدها . وربما ارتفعت درجة الحرارة وصار النبض بطيئا ، غير منتظم ، ونسميه « تنفس تشينى ستوكس » (٣) ، أى إن الحفوق والتنفس ، بعد بطلهما لدرجة الانقطاع ، يرتفعان ثانية وتدرجيا .

ويصاب المريض دائما بامساك في الامعاء ويول في فراشه . وعند التحليل نجد في بوله زلالا . وهكذا يحل الضعف الشديد والسقم المضنى بسرعة .

والاستاذ الالماني « شترومبل » يقسم المرض الى مراحل ثلاث :

- ١ - مرحلة التهيج المصحوب بصداغ وفي ، وتصلب في العنق .
- ٢ - مرحلة الضغط أو الاستسقاء الدماغي ، نسبة الى ارتشاح يضغط على الدماغ (٤)
- ٣ - مرحلة الفلج (٥) المؤدية الى غيبوبة عميقة (٦) . وارتخاء في العضلات المتقلصة . وزيادة في سرعة النبض . واختلاف في درجة الحرارة والتنفس .

تختلف مدة المرض . فاذا انتشر واتسع ، لا يدوم أكثر من عشرة أيام على الاكثر ، ثم ينتهى بالموت .

تنفس تشينى ستوكس (٣)

(١) Nystagmus (٢) Cortex of the Brain (٣) Cheney Stokes Respiration (٤) Hydrocephalus (٥) Paralytic Stage (٦) Lethargy



ونعرف هذا المرض تماما ، عندما تصبح الاعراض الآتفة الذكر ظاهرة . ولو أن ظهورها هذا لا يعد دليلا قاطعا على نوع المرض ، فلذلك نضطر الى فحص السائل المخي الشوكي (١) الذي نجد في ٥٠ في المئة منه ، باشلس كوخ . عندئذ يصبح تشخيص المرض سهلا ، اذ ندرك أنه التهاب درني إيجابي أكيد في أغشية المخ . أما في الحسنيين في المئة الباقية ، فلا نجد السائل المخي الشوكي الا رفقا عكرا . وعلاوة على ذلك ينبغي لنا أن لا نتنازل فحص البصاق ، وتقدير وجود بؤرة درنية في العظام أو المفاصل أو الرئة أو البلورا أو الاعضاء التناسلية وتحمين وجود فقر الدم ( الأنيميا ) أو داء الحنازير . فلو دققنا في كل هذه الاعراض ، بصرف النظر عن السائل العكر الذي نجده في العمود الشوكي ، امكتنا الوصول الى تشخيص حقيقي صحيح .

أكثر ما يصيب السل السحائي الحداثي الولادة والأطامال ويكون حدوثه بسرعة ، تتفق مع المرحلة الأولى من التدرن ، أى التعقد الابتدائي . ولكنه بدلا من أن يقف عند هذا الحد ، يمتد ويتسع حتى يصل الى حالي التدرن الجاورسي والسحائي . ولذلك نجد هذا المرض ، كما قال الأستاذ ليون برنارد (٢) ، قليلا بين البالغين الذين أصيبوا في حداثتهم بالتدرن وأصبحت لهم مناعة نسبية . أما النوع الجاورسي ، فيصيب الأشخاص الذين لا يكونون قد أصيبوا في حداثتهم بأية بؤرة درنية فيكونون قابليين للعدوى بشدة . فيتسرب المكروب فيهم بسهولة ، الى الدورة الدموية .

وفي الجدول الآتي أثبت لنا الأستاذ هوبتمان ، العلاقة المينة في سن الطفولة ، بين التدرن الجاورسي والتدرن السحائي :



برنارد



السن	معدل الاصابات	الدرنية الجاورية المقرونة باصابات درنية في السحايا	الدرنية الجاورية غير المقرونة بأخرى درنية في السحايا إلى السحايا فقط.	اصابات درنية
لغاية ١٢ شهر	٢٥	١٩	٤	١٢
من سنة إلى ٥ سنوات	٨٩	٦٧	٦	١٦
٦ - ١٠	٢٦	٢٣	٠	٣
١١ - ٢٠ سنة	٤٥	٢٥	٥	١٥
٢١ - ٣٠	٥١	٢٥	١١	١٥
٣١ - ٤٠	٣٢	١٤	٢	١٦
٤١ - ٥٠	٣٣	١٢	١٠	١١
٦١ - ٧٠	٢٩	٧	١	١
٧١ - ٨٠	٣	١	١	٠
٨١ - ٩٠	١	٠	٠	٠

نادرا ما نسمع عن شفاء التدرن في السحايا . فأن هذا المرض ، كما قلت سابقا ، ينتهى غالبا بالموت بعد الاصابة به بأسبوعين الى أربعة أسابيع على الأكثر . وذلك يتوقف على سرعة سير المرحلة الابتدائية .  
ولسائل أن يقول : اذن ما فائدة العلاج ؟ فاجيبه لا بأس مع الحياة .  
ونحن مجبرون على استعمال جميع الوسائل الممكنة ، حتى النهاية !  
ومن وسائل المعالجة وضع الثلج في كيس على الرأس ، بعد حلق الشعر ودهنه بمزيج اليودفرم . واستعمال مغاطس لتسكين حالة المريض العصبية . ومرش الماء الساخن . وبعضهم يستعمل دهن الرأس والعنق والظهر بمزيج الزئبق . . وينبغي تنظيف الأمعاء جيدا ، بإعطاء الكالوميل ومنقوع السنامكي .



ويجوز إعطاء يودور البوتاس بجرعات موائمة للاطفال ، كما نعطيه أيضا للبالغين . نوصف المخدرات في الحالات المضطربة ، عند المرحلة الأخيرة من المرض . وقد تعطى كذلك المنبهات .

وبالاختصار ، يمكن القول أننا في معالجة السل السحائي ، نحاول أن نشفي المرضى بقدر الامكان . ولكن واجبتنا الاول هو تخفيف آلامهم وادخال الرجاء الى قلوبهم وبث روح الامل فيهم . وهذا واجب انساني !



## الفصل الثاني والعشرون

### سل الخنجرة

الخنجرة أو آلة الصوت، ذات التركيب الدقيق الغريب، نجدها في القسم الأعلى من مجرى التنفس الى الجبهة الأمامية من العنق، عند أسفل العظم اللامي (١) وجذور اللسان. تتصل بالبلعوم من جهة وبالقصبه الهوائية من الجهة الثانية. وهي للقصبه الهوائية كاللبس للزمار. تقع في وضعها العمودي من السلسلة الفقرية أمام الفقرة الرابعة والخامسة والسادسة من فقرات الرقبة. وحتى سن البلوغ، لا نجد فرقا عمليا في الخنجرة بين الذكر والأنثى. ولكن بعد البلوغ، تنمو خنجرة الذكر كثيرا، على أنه لا يطرأ على خنجرة الأنثى سوى تغيير طفيف.



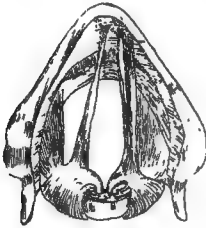
يتألف هذا الصندوق الصوتي من غضاريف (٢) أكبرها حجما الغضروف الدرقي أو الترس، الذي يصبح بعد البلوغ، بارزا في مقدم عنق الذكر. نسميه نحن تشبيها: «جوزة الرقبة»، ويسميه الأفرنج استعارة: «تفاحة آدم»...

والخنجرة في الذكر البالغ، قطرها عموديا ٤٤ ملمترا وأفقيا ٤٣. ومحيطها ١٣٦. وفي الأنثى البالغة، قطرها عموديا ٣٦ ملمترا. وأفقيا ٤١. ومحيطها ١١٢. وتحتوى على نوعين من الأوتار: ١- الأوتار «الكاذبة»، التي لا صلة لها

مباشرة بتكوين الصوت. ونجدها في الجزء الأعلى من الصندوق الصوتي.

٢- الأوتار الحقيقية ، التي تخرج الصوت . ونجدها في أسفله .  
ف عندما تصاب هذه الأوتار بمرض التدرن ، يظل الأمر ملتبسا علينا حتي يفقد المريض صوته .

ويصل بأشلس كوخ اليها بواسطة : ١ - الدورة الدموية . و ٢ - الدورة اللمفاوية . و ٣ - التنفس . و ٤ - البصاق ، اخراجا وبلاها . فروره باستمرار في الخنجرة ، يمرضها للعدوى ويحدث فيها التهابا أو تقرحا درنيا . ولكن غالباً ما تقررّن هذه الاصابة باصابة جلدية ذئبية ، نجدها على الوجه ، فيكون الالتهاب عندئذ من النوع اللينى البطيء ، لا من النوع السريع المشتعل .  
فالقاعدة العامة هي أن سل الخنجرة اصابة ثانوية ، أى أنه نتيجة بثورة درنية حية موجودة في مكان آخر من الجسم . وهذه القاعدة تطبق على ٢٠ - ٣٠ في المئة من المصابين بالسل الرئوى الذين نجد في بصاقهم بأشلس كوخ .  
على أن لكل قاعدة شواذ ولكن لا تكون الاصابة أولية ، الا نادرا جدا .



الاورار الصوتية

( منظر عمودى )

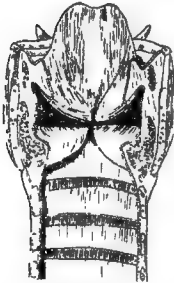
لهذه الاصابة أربعة أنواع :  
المحتقن وفيه نجد الأنسجة متورمة .  
المتقرح وفيه نجد الأسحة ممزقة .  
الملتب ضمن الغضروف .  
المتورم العمومى .  
وقد يجمع نوعان أو أكثر أو جميعها ،  
في آن واحد . ويقال أن الالتهاب يبتدىء  
في حنّ واحد من الخنجرة في الجهة  
الموازية للرئته المصابة ولكن ذلك لا يزل قيد البحث . والذى نعلمه هو أ

التنمرن غالباً ما يبدأ بتورم الجدار الخلفي، عند جذور الأوتار السفلى الحقيقية .  
لذلك يحصل تبدل وتغير في رنين الصوت وحجمه . عندئذ يجب فحص الرنين،  
ثم فحص حنجرة كل مصاب بالسل الرئوي، فتن عرفنا المرض في بادىء أمره،  
هياً نأله علاجاً مناسباً ونتمكن من تداركه قبل استفحاله .

يشعر المريض في الدور الأول من الإصابة، بتعب وبسعال وبحة خفيفة  
في صوته — وهذه الاعراض لا تلبث أن تشتد وتزداد وضوحاً مع الأيام —  
حتى يصل المريض الى مرحلة الألم عند الازدرداد . فلا يبقى عندئذ مجال للشك  
ويصبح التشخيص اذذاك سهلاً . ولكن يعترضنا التمييز بين أمراض ثلاثة في  
الحنجرة : ١ - السل . ٢ - الزهري . ٣ - السرطان .

السرطان في الحنجرة : يظهر بعد سن

الأربعين، بين قواعد الأوتار الكاذبة والحقيقية .  
وينتشر أفضاً أو عمودياً . ويهاجم الغضاريف  
ناخراً للانسجة، فتبدو رمادية فاتحة .



الحنجرة والأوتار

يتبدى المرض في جهة واحدة من الحنجرة  
ويسبب بحة في الصوت وأحياناً فقدان الصوت  
بالكلية (١) . وقد يسعل المريض ويتنخع  
بلغمًا مخاطياً، صديدياً، ذا رائحة كريهة جداً .  
فاذا استمر في الانتشار، يهاجم الاعضاء المجاورة  
كاللسان والمريء (٢) والبلعوم (٣) .

( منظر أفقى )

يصبح تشخيصنا للمرض أكيداً، اذا قطعنا

جزءاً من الورم وفحصنا بالمجهر، الأنسجة التى يتكون منها .

الزهرى في الخنجرة: اصابة أولية نتيجة «السيروخيت» أى مكروب الزهرى، الذى يدخل فم المدمنين على العلاقات التناسلية غير الطبيعية و يعلق بالخنجرة وهذا نادر . وقد رأيت حادثة كهذه اشتدت اعراضها وارتفعت الحرارة فيها و عولجت مدة طويلة كالبرداء (حى الملا ريا) !

أما القاعدة فهى اصابة ثانوية . ونجده كسائر الاعراض الثانوية للزهرى ، مرافقا لاعراض اخرى خاصة كالطفح الجلدى وتضخم الغدد فى العنق ولطخ مخاطية على الشفتين . وفى المرحلة الثانية من المرض ، تظهر الاصابة قروحا سطحية ، بجوار الأوتار الحقيقية ويصبح المريض أجش الصوت ابجه . ولكنها تضمحل بسهولة اذا استعملنا الادوية اللازمة . ويشفى المريض بدون أن يسبب للطبيب المعالج تعباً كثيراً .

أما اذا بلغ الداء الدور الثالث من التقرح والتخريب فى الانسجة ، فانه يصبح عضالاً . ونرى اذ ذاك تورما غريبا نسميه « صمعة » (١) . واذا اصيبت اللهاة (٢) وحدث نخر فى غضاريف الخنجرة ، رافق بحة الصوت ضيق فى التنفس . أن تشخيص هذا المرض يتوقف على « تفاعل وسرمن » والتاريخ المرضى .

والآن نعود الى التدرن فى الخنجرة فنقول: يُخطئ من يؤكد أن هذا المرض لا يجرى اصابة أولية . فأنسا نجده فى أشخاص لا أثر للتدرن فى أى جزء من أجزاء جسمهم .

حدثنا الدكتور كارنو استاذ كلية الطب فى جامعة باريس ، عن ابنة كورسيكية جاءت يوما تشكو التهابا حادا متسعا فى حلقتها ، لم يسبب لها لا صعوبة فى التنفس

ولا بصاقا ولا نزيفا من الرئة . ولم تكن تشكو الا من ألم شديد عند الشرب .  
فبعد فحص التهاب الممتد الى الخنجرة ، وجد فيه درنا جاورسية وباشلس  
كوخ . ولم يمر وقت طويل ، حتى أخذت تظهر اعراض التدرن الجاورسى فى  
الرئة . وظل التفاعل بالتويركلين سليا . ثم ارتفعت الحرارة بشدة بعد ظهور  
الاعراض الرئوية .

أمام حقائق كهذه ، نستنتج أن باشلس كوخ لجأ الى البلعوم والخنجرة  
وأحدث فيهما اصابة أولية . ثم بعد ذلك ، هاجم الرئتين والحق بهما الاصابة .  
يسهل التشخيص اذا كان المريض مصابا بالسل الرئوى أو يشكو من بحة فى  
الصوت أو صعوبة فى الازدرداد . فاذا فقد صوته بالكلية - وهذا نادر - اقدمنا  
حالا على فحص الحلق والخنجرة بالاجزة الخاصة ، كنظار الخنجرة . فربما  
وجدنا تقرحا متسما أو رشحا ، اذ أنه يصعب علينا رؤية العقد الدرقية الحبيبية  
فى بادى أمرها ، لانها تكون صغيرة جدا .

فاذا وجدنا الرشح متجمعا بكثرة فى جانب واحد من الخنجرة ، شككنا  
فى الحال بمرض التدرن . واذا كان المرض فى مرحلة متقدمة ، ظهر عندئذ فى  
الخنجرة ارتشاح وتقرح وعقد درنية . وربما شكى المريض من ضيق فى  
التنفس . أما اذا كانت الاصابة مصحوبة بحمى أو كانت شديدة الشكيمة ، مسببة  
لفقر الدم والنقص المستمر فى الوزن ، عندئذ يسهل التشخيص كثيرا . واذا  
عثرنا على باشلس كوخ فى البصاق ، أصبح التشخيص بالطبع ايجابيا لا شك فيه .  
يسهل الالتباس فى الخنجرة ، بين التدرن والدور الثانى للزهري ، أكثر  
بما بينه وبين السرطان . لان الزهري يحدث كالتدرن نخرا وتقرحا فى اللهاة  
ويساعد على التكوين الندبي .

أما علاج التدرن فى الخنجرة ، فيختلف كثيرا . ففى العلاج العمومى

نستعمل المقويات وحقن الذهب في الاوردة والعصلات والمادة المثلية المضادة،  
(التضاد الكحولى) من معهد باستور .

وفي العلاج الموضعى ، نستعمل الادوية الكاوية كالمنتول وحامض  
الاوليك والحامض اللكتيك والكحول. ثم أشعة الشمس المنعكسة ومصباح  
ثانى أو كسيد السليكون المتبلور ومصباح كروماير والديازمى والرادىوم . وهنا  
نقف بآركن التفصيلات للعلييب الاخصائى لانها لا تتم سواه .



## الفصل الثالث والعشرون

### التدرن في المجارى البولية

#### ١ - سل الكلى :

قبل الخوض في هذا الموضوع ، أريد أن أذكر كلمة عن الكلية وتركيبها الداخلى الدقيق وقيامها بعملها فأقول :

ترتكز الكلتيان فى الجزء الخلفى السفلى من الجوف ، على جانبي السلسلة الفقرية . وهما مبطنتان بطبقة من الدهن . أطرافها العليا على مستوى الحدود العلوية للفقرة الثانية عشرة الصدرية . وأطرافها السفلى على مستوى الفقرة الثالثة القطنية (١) . والكلية اليمنى تكون عادة أوطأ بقليل من الرئة اليسرى وربما يرجع السبب فى ذلك الى امتداد الفص المجاور من الكبد .

الكلتيان فى الاناث أحط فى الوضع قليلا منهما فى الذكور . والكلية اليسرى أطول قليلا وأضيق من الكلية اليمنى . أما معدل طول الكلية فهو ١١ر٥ سنتيمترا . وعرضها ٥ر٥ . وسمكها ٣ر٧ ووزنها فى الذكر بين ١٣٠ و ١٧٠ جراما . وفى الانثى بين ١١٥ و ١٥٥ . وتشبه الفولة فى شكلها .



يتألف داخل الكلية من أفتية صغيرة تحمل البول وتنقسم الى : ١ - المتعرجة (٢) . و ٢ - المستقيمة (٣) . فالأفتية المتعرجة تفرز البول وتسمى «غلافات» (٤) . والمستقيمة تجمع البول وتسمى «أنابيب» (٥) .

الكلتيان ( منظر خلفى )

(١) Lumbar (٢) ذات الالتفاف (Convolutd) (٣) Straight (٤) Capsules (٥) Tubules



وربما يتسام القارىء قائلا : كيف تجمع هذه الانابيب البول ؟

الجواب : أن منبع البول هو مصفاة شبكية عنقودية مؤلفة من أوعية دموية دقيقة تدعى «الحزمة» (١) لأنها تشبه كتلا مخروطية الشكل نجدها داخل الغلافات. والحزم بأجمعها أو مجموع أنابيب ناقلة للبول وأوعية دموية وغلافات، تدعى «جسمًا مليجيًا» (٢).

وتركيب «الحزمة» يسترعى الانظار : فهي تتألف من شريان كلوي صغير يسمى «الموصل الداخل» (٣) ، أى الناقل من الطرف إلى المركز . يحمل الدم إلى الكلية مباشرة. ويتفرع بعد دخوله الحزمة إلى عدة شعريات ملتوية تتجمع فيما بعده لتخرج من الكلية بشكل وريد صغير، يسمى «الموصل الخارجى» (٤)، أى الناقل من المركز إلى الطرف .

وهذا الغلاف ذو الطبقتين، المؤلف كما قلت من جزئين وهما : المتفرج الذى يفرز والمستقيم الذى يجمع — يرتكز فوق الحزمة . وبواسطة خلايا (٥) فى طبقها الفارزة، المتصلة فوق الشعريات (٦) الدقيقة، المتفرعة من الشريان الكلوى، تمتص من الدم جميع العناصر المضرة والسامة لاجسامنا . فالكيتان إذا هما من أعضاء النفض فى الجسد .

يقول الاستاذان بومان وهايدنهاين أن الاملاح غير العضوية (٧) والجزء المائى فى البول تفرز بواسطة الحزمة، بينما حامض البولىك والاجسام المشتركة الاخرى تفرز بواسطة الأقية الملتوية أى الغلافات .

حسبى ما تقدم لأوضح القارىء تركيب الكلوى المختلط المعقد مبينا له كيف أن بعض الخلايا تمتص ، بقوة خاصة بها ، مواد ضارة لاجسامنا من شبكة

(١) Glomerulus (٢) Malphigian Body (٣) Afferent (٤) Efferent  
(٥) Cells (٦) Capillaries (٧) Inorganic

الاورية الدموية الدقيقة وترسلها إلى أسفل فتصل إلى مجارى أوسع نسميها «الكؤوس الصغرى» (١). ومنها إلى «الكؤوس الكبرى» (٢)، حيث تصل إلى فسحة واسعة تدعى «الحوض الكلوى» (٣). ومنه يجرى الحالبان (٤) إلى أسفل حاملين البول إلى المثانة (٥). فمن هذا البيان، يتصور القارىء عمل «التصفية» الدقيق الذى تقوم به خلايا الكلية والضرر الذى يستطيع باشلس كوخ أن يسببه لنا عند عبثه بأنسجتها أو تغييره لتكوينها.

يحدث التدرن فى الكلى بأحدى هذه الطرق الثلاث :

- ا- أما أن يكون نتيجة إصابة درنية عامة ، تعرضت لها الكلية فبدت ملالة بالعقد الدرنية الجاورية . وهذه الإصابة تنتهى بموت المريض .
- ب - أو قد تكون الإصابة أولية فيستقر المرض غالباً فى كلية واحدة .

تبتدىء الإصابة فى الجزء الخارجى أى القشرة الجلدية ، ثم تشمل فيما بعد دهليز أو هو الكلية الذى نسميه الحوض الكلوى . وهو الذى يمتد منه الحالبان كما بينت ذلك فيما تقدم . ثم تنتشر الإصابة فى داخل الكلية ، فتحول أنسجتها إلى نسميها «النسيج الحشوى» (٦)، إلى كتل معتلة متجينة . عندئذ نجد فى الكلية عقدا درنية جاورية ، لا تعد ولا تحصى وجيشاً كبيراً مهاجماً من باشلس كوخ . وهذه الكتل الرمادية المتجينة تتكلس مع الزمن ، فمنع الكلى من تأدية وظيفتها وتلف الأنسجة الصحيحة فيها .

فالتهاب كهذا ، بعد أن يتفاقم أمره فى الكلى ، ينحدر فى الحالب إلى أسفل وينتهى باصابة المثانة ، خلافاً لما يزعم الذين ينكرون وجود السل الكلوى

---

Ureters (٤) Pelvis of Kidney (٣) Major Calices (٢) Minor Calices (١)

Parenchyma (٦) Bladder (٥)

الأولى ويقولونه أنه دائماً من مضاعفات السل الرئوى .

ت : وأخيراً قد يكون سبب الإصابة فى الكلى ، امتداد من المثانة المصابة الى أعلى . وهذه الحالة تظهر على الأخص فى المراهقين الذكور المصابين إصابة درنية أولية فى الأعضاء التناسلية . لأن المجارى البولية والأعضاء التناسلية فى الذكور - خلافاً للإناث - تتصل بعضها ببعض . وفى مثل هذه الحالة ، قد تكون الإصابة فى الكليتين معاً فنجدها الحالب متصلاً ضخماً وربما تعذر وصول البول بعد حين من الكاية الى المثانة .

ومع أن التدرن فى الكلى يكون عادة بين سن العشرين والاربعين ، إلا أنه يحدث أحياناً فى أى عمر آخر .

أعراض المرض : يكون المرض فى البداية غامضاً جداً ، يشبه بوجوده فى الذكور أكثر من الإناث . فيشكو المريض ألماً فى الجنب ويشعر دائماً بالحاجة إلى التبول . وإذا حفظنا البول مدة ، وجدنا فيه مادة زلالية أو صديدية مصحوبة بالدم . وقد يكون هذا مانسميه «بول كيلوسى» أو «بول لبنى» (١) ، فيظهر كمائل أبيض تخله أحياناً عروق حمراء . ثم ينقص وزن المريض ويكثر عرقه ليلاً وتعروه حمى متقطعة . وأحياناً ليسفر الفحص عن وجود باشلس كوخ فى البول نفسه .

عند تشخيص التدرن الكلوى ، يجب أن تمثل أولاً وجود مرض التدرن أما فى الرئتين أو فى الأعضاء التناسلية ، مع قى كل التباس بين تدرن الكلى والحصاة الكلوية . فهذه المرضين أعراض كثيرة متشابهة . ولكن الفروق الرئيسية بينهما هى أنه فى التدرن الكلوى (بعكس الحصاة) لا يزيد التعب أعراض

المرض . ويكون الدم في البول أقل والوجع أخف على طول المجرى من الكلى إلى المثانة . ولا يحس المريض بالألم عند الضغط على الكلية العلية . وبهذه المناسبة أقول أن مرض الحصى في الكلى أكثر شيوعاً من مرض التدرن .

وأكبر عون لنا على التمييز بين العلتين ، هو منظار المثانة (١) وتصوير الكلى بالأشعة . وأحياناً نسحب البول بأنبوب دقيق من كل كلية على حدة لفحص أفراسها عند العلاج الذي يجب أن نراعى فيه كل طريقة من طرق التدرن الثلاث . وربما استعملنا الأشعة البنفسجية أو أشعة اكس أو حقن التوبركلين أو محلول الذهب الذي لا بد من الحذر والحفظ في استعماله . وربما لجأنا في الحالات المستعصية إلى العلاج الجراحي وإزالة إحدى الكليتين .

#### ٢ - سل المثانة

هذه الإصابة قليلة الوقوع . وهي تابعة لإصابة الكلى وغالباً نجدهما مرتبطة بتدرن الاعضاء التناسلية في الذكور ، حيث نرى الداء فيهما يهاجم المجارى البولية والاعضاء التناسلية في آن واحد . في حين أن في الإناث ، يصاب أحد هذين الجهازين لاستقلال الواحد استقلالاً تاماً عن الآخر .

تظهر الاجزاء المصابة في المثانة بشكل عقد رمادية اللون مائلة إلى الاصفرار أو توائم مستديرة . لا تلبث أن تنتشر داخل المثانة كلها وتمتد إلى أجزاء مجاورة لها ومتصلة بها . والمثانة خزان لجمع البول . وبطانتها التي تمنع النضج ، غشاء مخاطي ناعم كالخمل أو القטיפ . إذا أدركه المرض قبح وظهرت على أطراف القروح تلك العقد الرمادية السابق وصفها .

في هذه الحالة ، يشكو المصاب لطيبه كثرة التبول والالم عند خروج البول وربما شكا عجزه عن ضبطه داخل المثانة . وهي حالة التهاب في المثانة نسيه ذات المثانة ويكون فيه البول عكرا غير شفاف ، له راسب لبنى يحتوى بعض كريات الدم الحمراء الى تخرج مع آخر نطق البول كما يشاهدها المريض . فلو فحصنا البول تحت المجهر ، لما وجدنا فيه باشلس كوخ ، لان هذا الميكروب يبقى في الكليتين ويعد بسمومه المرتشعة الى المثانة . فليس من الضروري أن تنشأ الاصابة هناك من الميكروب نفسه بل غالبا ما يسببها شكله غير المنظور الذى سبق ذكره في الفصل الاول . فهذه الاصابة اذن تابعة لاصابة الكللى لا يرجى شفاؤها إلا بازالة السبب الاصلى . لذلك نلجأ الى استئصال الكلية المصابة ، حتى لا يمتد المرض منها الى الاخرى . أما اذا كانت الكليتان مصابتين معا ، فلا يبقى لنا إلا العلاج العمومى المخفض للمسكن الوقى . ولكى نعلم اذا كانت الكلية مريضة أولا ، ندخل مرجاسا (١) دقيقا في الحالب ونستخرج من الكلية نفسها بولا نفحصه تحت المجهر أو نحقن به خنزير غينيا ، لنصل الى نتيجة ايجابية .

جاء عيادتي بالقاهرة مريض في الخامسة والستين من عمره . وكان قد قضى نحو عشرين سنة وهو مصاب بالتدرن في الكليتين والمثانة . وصار يشعر بخفقان في القلب وهبوط في ضغط الدم . فقلت لزوجه ان لا أمل بشفاؤه تماما ، بعد أن أصبح على هذه الحالة . وكل ما أستطيعه هو تخفيف أوجاعه وإطالة حياته على قدر الامكان . وفي الواقع لم تقض ستة أشهر حتى توفى المريض على رغم العلاجات التي عوаж بها .

من العلاجات المساعدة على التدرن في المثانة ، الاشعة البنفسجية ومصباح

فنسن والتوركلين ، حقنا أو شربا واستعمال المطهرات الموضعية في المثانة . ومن مخفضات الألم استعمال الحرارة موضعيا .

### ٣ - سل المبولة

المبولة هي القناة التي يجري فيها البول من المثانة الى الخارج . فاذا كانت مصابة ، نجد على طول مجراها عقدا جاورسية وأحيانا خراجات كبيرة . وهذه المبولة في الذكر ، تمر عند قاعدة المثانة ضمن غدة تسمى «غدة المثانة» (١) لها علاقة بالتدرن المبولى .

أما العلاج النهائي ، بعد فشل العلاج العمومى ، فهو الاستئصال . وهي عملية جراحية خطيرة ، كثيراً ما تنتهى بالموت .

---

(١) غدة البروستات ( Prostate Gland ) .

## الفصل الرابع والعشرون

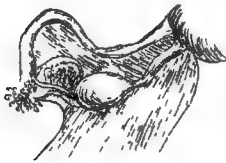
### سل الاعضاء التناسلية

ذكرت في الفصل السابق، أن تدرن المسالك البولية في الذكر، يتناول الأعضاء التناسلية، ذلك لاتصال هذين الجهازين بعضهما ببعض أما في الانثى، فالجهازان منفصلان، فتقع الإصابة في كل منهما على حدة .

#### ١ - سل الأعضاء التناسلية الانثوية :

١ - سل قناة فلوويوس (البوق) . قناتا فلوويوس أو البوقان ترتكزان على الجانبين في الارية قربطان المبيضين من الجهتين بالرحم . يمر بهما البويضات من المبيض الى الرحم حيث تلتقي بمنى الذكر فتتحد معه ويحدث اذ ذاك الاخصاب وتوليد الحياة .

تصاب قناة فلوويوس بالتدرن أكثر من كل جزء من الاعضاء التناسلية الانثوية وتكون الإصابة غالبا أولية . وإذا امتدت اليها الإصابة من أجزاء أخرى من الجهاز التناسلي ، كانت في هذه القناة أكثر شدة ولا يحدث المرض في بادىء الامر تغيرات باثولوجية في الانسجة . فلاجل التحقق من وجوده نمدد إلى فحص إفراز البوق



القناة والمبيض

المخاطي تحت المجهر ، فتجد الباشلس بسهولة . بعد أن يقطع المرض مرحلة من الوقت ، نجد أنسجة القناة متورمة غليظة وأحيانا رقيقة تنتشر فيها الدوالي (١) وتمدد فيها الاوردة وتغطيها بشر جنية درنية جاورسية .

وإذا قطعنا هذه الانسجة لنرى ما تطوى عليه، وجدناها مليئة مادة صديدية متجينة . ووجدنا تغييرات في غشائها المخاطي، كما يحدث في مواضع أخرى عندما تصاب بالتدرن، كالاختقان والتورم والارتشاح المسبب من الالتهاب الدرني الذي يحيط عادة بالعقد المتجينة المتبعثرة .

وفي الالتهاب الدرني المزمن تلتصق قناة فلويوس بالاعضاء المجاورة لها وترتبط غالبا بالمبيض وأحيانا بالرحم والملى المستقيم حتى وبالزائدة الدودية وبأجزاء أخرى من الامعاء . وفي هذه الحالات تنفخ القناة وتورم وتمتلئ بمادة صديدية ويصبح نجيحها واضحا . وأحيانا تخرق المادة الصديدية جدارها وتسرب الى جوفه الحوض وترسو فيه ضمن جيوب أو انعكاسات الانسجة المجاورة المختلفة .

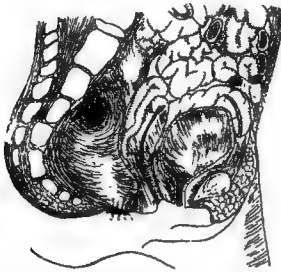
وإذا تسامنا عن سبب اصابة أعضاء الاثني للتاسلية وعلى الاخص قناة فلويوس بالتدرن، تطرأت الى ذهننا فكرة دخول باشلس كوخ محمولا على منى الذكر اليها . أما هذا الرأي فلا يمكن اثباته بعد ، على رغم أن البعض يؤكد زاعما أن هذا - ولو نادرا - يحدث أحيانا . أما وصول الباشلس الى هذه الاعضاء وعلى الاخص الى قناة فلويوس، فيكون عادة عن طريق الدورة الدموية وتكون الاصابة أولية أو بالامتداد من اصابة سابقة في البريتون . وبواسطة الافراز المخاطي، تسرب العدوى من القناة إلى الرحم وإلى المهبل ( الفرح ) . وأحيانا تعكس الاصابة . أي أن الباشلس يتسرب من الاعضاء التاسلية الموبوءة ويزرع الاصابة في البريتون .

وما يساعد على ظهور الاصابة الدرنية في قناة فلويوس، عدم نمو الاعضاء التاسلية بعد البلوغ وبقائها طفلية .

ب - سل المبيض . لا يصاب المبيض بقدر ما تصاب بقية الاعضاء التاسلية



الاثنية . وقد يمكن أن تكون الإصابة أولية ، تصل اليه بالدورة الدموية . ولو فحسنا أنسجته تحت المجهر لظهرت لنا فيها بوضوح عقد جاورسية متعددة .



الاعضاء التناسلية والمجاىر البولية في الانثى

أما الانسجة المجاورة للمبيض ، فصاب كثيرا وتكون الإصابة ثانوية وتسرب اليها من سل في قناة فلويوس ( البوق ) أو في جزء من الامعاء أو البريتون . وفي هذا النوع الأخير من الالتهاب ، عندما يتكاثر الارتشاح ويتسرب اليه الباشلس ، يملأ أحيانا جيب

دجلاس (١) وينقل العدوى الى ثايات البريتون في الحوض .

أما التغيرات الباثولوجية التي نجدها في الانسجة المجاورة للمبيض وثايات البريتون في الحوض ، فتشبه ما نجده عادة في أجزاء أخرى من البريتون . حتى أن الباشلس يمكن أن ينتشر في المبيض نفسه ويظهر لنا ، مع طول مدة الإصابة ، ضمن عقد كبيرة متجعة .

٢ - سل الرحم (٢) . الرحم هو العضو الذي يحمل الجنين في البطن عدة شهور . يصاب غشاؤه المخاطي وعضلاته بالسل . وفي أول الامر ، نجد عقدا جاورسية صغيرة مجهرية منتشرة على الأغشية ، وهذه العقد تكبر وتتجمع

---

(١) Pouch of Douglas : جيب دجلاس أو دوغلاس . وهو جراب مكون من ثني

البريتون بين المستقيم والرحم . (٢) Uterus

مع طول مدة الإصابة ، إلى أن تبدو لنا عقداً كبيرة متجنية . ولا يقف عمل المكروب عند الغشاء المخاطي ، بل يخترقه أحيانا ويدخل الطبقات العضلية ويحدث ضعفاً في قوة الرحم على التقلص .

يصيب السل جسم الرحم أكثر من عنقه ، لأن العدوى تصل إليه من قناة فلوبيوس وتنتشر إلى أسفل . وأحيانا - وانما هذا نادر - تستمر في سيرها السفلى إلى أن تصل إلى المهبل (١)

ث : سل المشيمة (٢) . تصل الإصابة إلى المشيمة أى «الخلاص» ، غالبا كإصابة أولية عن طريق الدورة الدموية . ونجد الباشلس فيها منتثرا على سطح الحمل والعقد الدرية ، بين خلة وأخرى . وتظهر بعضها متقرحة وقليلاً ما نجد العقد الدرية ضمنها .

أما الغشاء الخوريونى ، أى الغشاء الخارجى من أغشية الجنين والغشاء الامنيونى (الصاءة) أى الغشاء الداخلى ، المصاين بالتدرن ، قليلا ما نجدهما متقرحين . وفى حالات قليلة جدا نجد باشلس كوخ ضمن جسم الجنين نفسه . أما الإصابة فتدخل المشيمة أحيانا من أوردة الحمل المتقرحة المنمزقة وهكذا يتسرب الباشلس من الدورة الدموية فى الام إلى الدورة الدموية المشيمية (٣) .

## ٢ - سل الأعضاء التناسلية فى الذكر .

١ - سل الخصية والبرنج (٤) والبروستاتة (غدة المثانة) .

يصل المرض الى هذه الاعضاء بالدورة الدموية وربما وصل إليها متبعا مجرى الإفراز المنوى . ففى أصاب أحد الجهازين البول أو التناسلى - وعادة يبدأ

---

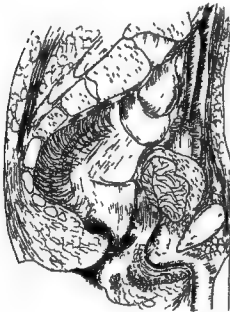
(١) Vagina (الفرج) . (٢) Placenta (٣) راجع فقرة الفحص لادو . و٥

يصفه عن الفيروس المرتشح . (٤) قنطرة رندل

بالكلي، أى أن الإصابة تمتد من أعلى إلى أسفل - لا يلبث أن يمتد إلى سائر الأجزاء في أقرب مدة ويسم الجهازين معا . على أن البرنج يتلى بأوفر قسط تنمو في أغشيته عقد صغيرة وتصبح بعد قليل واضحة فيبدو متضخما . وتلين هذه العقد أحيانا فيظهر فيها التجين والتقرح أو يشفى البرنج من تلقاء نفسه . ولكننا في الغالب نضطر إلى الاستعانة بالجراحة أو الاشعة المختلفة وحقن التوبركلين وأشعة اكس وما إلى ذلك من ضروب العلاج .

أما انساج العضو المصاب فتظهر محتقة ونجد في «الخلاى» منها عقدا درنية متجبة، يزداد حجمها إلى أن تملأ المجارى والأقية .

ان الإصابة في الخصية شديدة الشبه بما نراه في التهاب الزنوى الشدي .



أى أنها تمتد وتتسع فيها كإصابة مرتشعة، متقرحة، متجبة . وأحيانا تطور منقبة إلى نسيج ندبى . وعدت تبدو لنا الخصية كبيرة الحجم مورمة وعند الضغط عليها نجد أنها متحجرة .

أما الطبقة الغمدية للخصية (١) فتظهر الإصابة فيها كعقد صغيرة أو كبيرة وربما سبت ارتشاحا وقيلة مائية (٢) والتصاقا بين طبقتى هذا

الغلاف . وهذه العقد تخثر أحيانا حره من الاعضاء التناسلية والمجارى البولية في الذكر وارتباط مصها معس الطبقة الغمدية الخارجية والجاد

وتظهر عليه بشكل متفرح نجعلنا ندعوها «الخصية الاسفنجية» . أو تسبب ناسورا يفرز مادة صديدية الى الخارج .

السل في الخصية كثير الوقوع والاصابة به تقع في كل دور من أدوار العمر . وتظهر في خصية واحدة أو في الخصيتين معا .

ب : سل الحبل المنوي ( القناة الناقلة للمني ) (١) . يرتبط بسل الاعضاء التناسلية والبولية وتظهر فيه الانسجة متورمة ومغطاة بعقد متجنبة تسد أحيانا فوهة القناة فتعيق مرور المنى او تمنعه بالكلية .

ت : سل الحويصلات المنوية (٢) . يرتبط بسل الاعضاء التناسلية والبولية وانما يمكن أن تصاب بمفردها بالبالسل الذي يتسرب اليها من الخصية . فيتكاثر فيها ويحدث التهابا في غشائها المخاطي ثم ضروا حقيقيا في انساعها . فتظهر العقد المنجبة مصحوبة بتقرح واسع في الاغشية .

واذا أصبحت ندية وتفتت ، أقفلت المخرج الى القناة التي تغلف بالمنى الى الخارج واقلبت الحويصلات المنوية الى كيس مقفل يزداد مع طول المدة انتفاخا وتورما .

وبالاجمال يمكن القول أن أعضاء التناسل تصاب بمرض السل اصابة أولية مستقلة أو ثانوية لاصابة درنية أخرى في الجسم وعلى الاحص في الرتبة . ويكثر السل بين الاطفال الذين تراوح أعمارهم ، بين السنتين والاربع سنوات ويسطو على الاولاد الاكبر سنا والبالغين .

## الفصل الخامس والعشرون

### السل والزواج والحمل

١ - الزواج : ان القاعدة العمومية هي أن كل امرأة أصيبت بالسل الرئوى ينبغي أن لا تتعاقد على الزواج قبل أن تتأكد ، لمدة ثلاث سنوات على الأقل ، أن رتبتها أصبحت خاليتين من كل علامة فعالة للدرن . وبالطبع يجب أن يأتى هذا "تأكيـد صريحاً من الاطباء الذين عالجوها ويستحسن تطبيق هذه القاعدة على الرجل أيضا .

٢ - الحمل : لا بد لى فى هذا الباب من اعادة بعض ما جاء فى الفصل الاول من الكتاب . فأقول أن الناس من أيام أبو قراط الى عهد كوخ فى أواخر القرن التاسع عشر (١٨٨٢) ما برحوا يعتقدون أن السل ينتقل بالوراثة فقط . ثم قال الاساطين بعد ذلك من كوخ الى فوتس فى أوائل القرن العشرين (١٩١٠) أنه يسرى بالعدوى فقط من العليل الى السليم . أما الآن فقد ثبت لنا بعد فوتس أن مكروب السل - بشكله المنظور وأسميه " شكل كوخ " (١) وغير المنظور ، أي سمومه المرشحة وأسميه " شكل فوتس " ، (٢) - ينتقل بالعدوى والوراثة (٣) . وكما ذكرت فى أول هذا الكتاب ، يعود الفضل فى معرفتنا بآتقاله الى الجنين البشرى قبل الولادة ، الى الاستاذين الافرنسيين ارلوان ودوفور ، الذين قاما حتى سنة ١٩٢٦ بتجارب قيمة جاليلة الفائدة ، ليس هنا مجال الاسهاب فى شرحها . فأمام هذه الحقيقة ما الذى يفرض علينا عمله بازاء الحوامل المسلولات ؟ وما هو واجبنا نحو الام وجنينها على السواء ؟



جراثشه



ان القاعدة العمومية هي اعتبار الحامل المصابة غير صالحة لولادة طفل سليم ويجب اسقاط جنينها قبل نهاية الشهر الثالث من الحمل . واذا وضعت يؤخذ طفلها منها ويرسل الى وسط غير موبوء على طريقة جرائشه (١) الفرنسية . واذا كانت أمه مصابة اصابة متوسطة ، ربما أوجدت عدوى «الفيروس» المرتشح ، اذا كان خفيف الوطأة ، مناعة نسبية في الطفل وتفاعلا يشبه ما يحدثه فيه لقاح ب. س. ج. واذا ترعرع هذا الطفل متأثرا بأشعة الشمس والهواء الطلق والغذاء الكافي ، نشأ سليما .

ولنفرض أن الام منعت في اسقاط جنينها ، فعلى الطبيب إذذاك أن يبدأ بمعالجتها بالاسترواح الاصطناعي . أي أن يحقن الهواء في تجويف البلورا لضغط على الرئة . وكلما ارتفع الرحم ، قلل الطبيب من كمية الهواء . أما بعد الولادة ، فتدخل الهواء حالا وبكثرة لتعويض الضغط العمودي الذي كان يحدثه الرحم ويجب علينا اتباع هذه القاعدة العلاجية لان المرأة بعد الولادة تصبح في خطر كبير من انقلاب الاصابة البسيطة الى جوارسية عمومية تنتهي عاجلا بالموت ، اذا لم نمنع بالاسترواح ، انتشار الميكروب . وبالطبع يجب أن يؤخذ الطفل من هذه الوالدة بعد الولادة .

ولكل حالة دواء فلا يصح أن نعامل الحامل في مرحلة تكوين الانسجة الليفية في الرئة كما نعاملها وهي تشكو اصابة رئوية فعالة .

والآن ونحن بهذا الصدد ، لا بد من أن تسأل عما اذا كان لم يثن الاوان لتتخذ حكومات الشرق الأدنى اجراء آت فعالة لمنع تفشي هذا المرض ، فأقول : حيث أنه قد تبرهن لنا أن الام المصابة بالسل الرئوى توجد في جنينها



الاستعداد لهذا الداء وأحيانا الداء نفسه ، أفلا يجب على الحكومة أن تسن قانونا تحتم به على وزارة الصحة إيجاد مجلس طبي يحكم بتعقيم كل أثنى. بعد التثبيت من أصابتها بالمرض . وبذلك نخول دون ولادة أطفال ضعفاء أو مرضى وزيادة عدد المصابين بهذا الداء ؟ (١)

---

(١) أعد قراءة الفصل الاول حيث نجد وكيف ان «فيروس» البائس المرتشح ينتقل ، بواسطة الدورة الدموية المشيية (الملاص) ، من الام المصابة الي جنينها.

## الفصل السادس والعشرون

### السل والغدد الصم

في جسمنا غدد كثيرة ذات افرازات داخلية تسير مع الدورة الدموية أو اللعابية وترسو في أعضاء أخرى تؤثر في عملها . أي أن هناك علاقة متينة دائمة بين أعضاءنا الداخلية وبين الافرازات . فإذا طرأ على هذه الغدد طاري ، كالتدور ، تطرق الى عملها الافرازى خلل لا نلبث حتى نرى نتيجة في جسمنا .

١ - الغدة الدرقية . قائمة في الجهة الأمامية من العنق وفي جانبيه . وتألف من ثلاثة فصوص يسبب فقدانها السَّخْل أو القزم بعد البلوغ . وأعراض هذا غريبة الشكل كقصص القامة وبروز البطن وبقاء الفم مفتوحاً وصغر العينين واتفاخ الجفون واكمداد اللون والبلاهة . وتحتوي الغدة الدرقية على اليود (١) . وقد أصبحنا الآن نعرف شيئاً كثيراً عن علاقتها بالتدور . ويمكننا القول ان استعمال

هذه الغدة أو مرضها أو ضعفها (٢) يسبب ظهور التدور بشدة . في حين أن تضخمها وكثرة عملها (٣) يضعف أعراض السل . ويخفف وطأته .



الغدة الدرقية

نجد هذه العلاقة معكوسة مع افرازات الغدد التناسلية . أي أن كثرة افراز غدد التناسل ، كما يحدث في زمس البسوخ أو وقت الحيض أو في مدة الحمل ، يهيج السل الرئوى . بينما

(١) يوجد اليود بكمية كبيرة في عدة الممرات أولاً وتليها عدة الفرس .

(٢) كما يحدث في الاوديما المخاطية أو الصمغة الدرقية : أي تجمع دقة شبيهة بالمخاط في النسيج المخالى وحوله في اللحم وعلى الاحص في الوحه ، يحدث مع سقوط الشعر وضعف في القوى العقلية . - (٣) كما نراها في «الجوانزه» أو مرض مايبندو : وهو تضخم الغدة الدرقية وجعوط العينين . أو سرعة البس ، مع ارتعاش في الاطراف وصيق في الشمس . مع أو بدون حوط في الميون .

الأخصاء (١) يسكنه . لذلك لا ينبع الجماع للمصابين بمرض السل . ونحتم عليهم الامتناع عن المبيجات (٢) وضبط النفس .

يخيل الى بعضهم أن ماراه في المصابين بالسل من الميل الى الجماع ، هو نتيجة ملازمة لتأثير سموم المرض المهيجة للغدد التناسلية . وهذا خطأ ، فكثيرا ما يكون الوسط المعزى الذى يعيش فيه المريض وكثرة الغذاء ، الذى يتناوله وقلة العمل ، من دوافع الشهوة .

٢ - جارات الدرقية (٣) . يوجد عادة في الجبهتين العليا والسفلى من الدرقية أربع غدد صغيرة وأحيانا ستة أو ثمانية . وهذه الغدد الصغيرة الحجم تدعى جارات الدرقية وتختلف تركيبها الحلقى عن الغدة الدرقية اختلافا كبيرا . وهى خلافا لهذه ، ضرورية للحياة . ويقال أن لها علاقة بالتوازن الكلى ومنع السموم من التراكم في الجسم . فاستئصالها إذن يسبب الموت الماجل بعد ارتعاش وتوتر شديدتين في العضلات وكزاز .



أما الاختبارات العديدة التى قام بها الكثيرون ، لتثبيت الكلس في الجسم ولا يوقف نزيف الدم من الرثة باستعمال خلاصة غدة جارة الدرقية ، فلم تسفر للآن عن نتيجة مرضية .

٣ - وهناك الغدة النخامية (٤) القائمة في أسفل الدماغ

للجهة الامامية فوق الانف . وهى تتألف من جزئين : جارات الدرقية الجزء الامامى وهو الاكبر . والجزء الخلفى وهو الاصغر . ( منظر خلفى ) وكل منهما مستقل بنوع تركيبه . وكل جزء منها يفرز مادة مختلفة عن الاخرى .

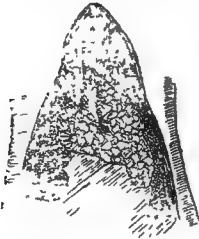
(١) استئصال الماكر او المبيض . (٢) ولا سيما حلد سميرة - عند الفيران والعتيات

(٣) Hypophysis or Pituitary (٤) Parathyroid

فالجزة الخلفى يفرز مادة تقوى الضغط فى الشرايين . وتحدث اشتداداً وبطناً فى نبض القلب . وتندر البول من السكى والابن من التدى . وتحرك عضلات الرحم وتسبب البول السكرى ولكن استئصالها لا يؤدى الى الموت . أما الجزء الامامى فيساعد على النمو وعلى حفظ السكر فى الجسم . فاذا دب فيه المرض ، كبرت الأطراف وزاد النمو والسمنة . وضمرت الاعضاء التناسلية . واستئصاله يؤدى الى الموت . واذا تضخمت الغدة النخامية كلها ، أصيب المريض بكبر الأطراف ويول السكرى .

أن الغدة النخامية من عجائب التركيب الجسدى . فهى بافرازاتها تسيطر على أعمال غدد أخرى عديدة كالغدة الدرقية والغدة جارة الدرقية والتدى والبسكرىاس وغدة ما فوق السكى . وتؤثر على النمو والتناسل فى الجسم . فاذا مرضت وأصاب الفرد داء الأطراف أو السكرى ، علاوة على العلل ، استغفن التدرن وكانت النتيجة وبالا .

٤ - الغدة الصنوبرية (١) قائمة فى أسفل الدماغ . يذهب بعضهم الى أهمها بقية العين الثالثة التى كانت للحيوان الذى تطور منه الانسان . اذا أعطينا



الغدة "ثيموسية"

خلاصتها حقناً فى الوريد ، سينابوطاً فى الدورة الدموية . ويعزى الى الغدة الصنوبرية السيطرة على الغدد التناسلية والقدرة على اخاد الشهوة . فاذا دب فيها المرض ضعفت افرازاتها وتخلصت الغدد التناسلية من حكمها واشتد الميل التناسلى .  
٥ - الغدة التوتية (٢) أو التيوسية

أو الصعترية : قائمة فى الصدر بين الرئتين فوق القلب وتحت الغدة الدرقية . تستمر

فى النمو الى السنة السابعة من العمر . ثم يحدث فيها ضمور ونحول . وقد يتطرق الورم الى هذه الغدة فيفضى الى الموت . وهناك علاقة وثيقة بين نمو جسدنا وبين هذه الغدة . ويقال أنها تدفع عنا مرض التدرن فى الصغر .



غدة ما فوق الكلى اليمنى

٦ - غدة ما فوق الكلى (١) أو الكظران:

فى الجهة الخلفية من البطن بيناوشمالاوراالبريتون، فوق ومام طرف الكلى الأعلى وهى جزآن: د'خلى وخارجى .

فالدخلى يفرز الادرينالين وله ارتباط بارتفاع الضغط فى الشرايين وبتقوية وبتهدة نبضات القلب وبالاحتفاظ بميزانية السكر فى الجسد .



غدة ما فوق الكلى اليسرى

والخارجى أو القشرة ، لأفرازاتها علاقة بعملية النمو والتناسل . وقد بين لنا وظائفها المعقدة براون سيكار فى ١٨٥٦ . والأسانذة اوليفر وشيرنر فى سنة ١٨٨٤ . وما نعرفه الآن زيادة على ذلك هو أن قشرها تحتوى فى الحالة الطبيعية ، كمية كبيرة من مادة ضرورية لمناعة

الجسم. نسميها «لستين» (١) وتضمن جزءا من «الكولين» (٢). فإذا فحصنا الدم في المختبر الكيماوى ووجدنا «اللستين» فيه قليلا . وفي الوقت نفسه ، وجدنا هبوطا في الدورة الدموية ، أدركنا ذلك أن في الغدة اعتلالا .

وفي سنة ١٨٥٥ اكتشف الأستاذ الانكليزى أديسون المرض الذى دعى باسمه ، أو كما نسميه المرض النحاسى . ومع أننا نمزو ظهوره الى مرض «غدة فوق الكلى» ، فأن له كذلك علاقة بمرض الغدة الدرقية والغدة التيموسية والغدة النخامية. ونجد مرض أديسون في الذكور أكثر منه في الإناث. تظهر في المصاب أولا أعراض فقر الدم والتعب الجسدى والعقلى . ويصبح لون الجلد نحاسيا، مبتدئا بالوجه واليدين وتحت الأبط وبجوار الاعضاء التناسلية وحلمة الثدي . ثم على الجنين والأكتاف . وأحيانا نرى هذا اللون على الأغشية المخاطية كالشفة والثة والحلق وداخل الحنك وعلى الأخص داخل الجفن الأسفل. ومدة هذا المرض طويلة . ونعالجه بخلصة الغدد وخصوصا «فوق الكلى» ، وأحيانا نحصل على تحسين في أعراضه .

إذا انتقلت إصابة درنية الى هذه الغدة من الكلى المجاورة، تضخمت وأصبحت بحجم البرقوقة وأصبحت يثور درنية متجنبة . وربما استهدفت أيضا لاصبة درنية جاورسية ، فنجد فيها باشلس كوخ نفسه . فإذا عمها الداء ، حل الضعف بجميع الجسم وقد العليل القابلية للطعام وأصيب بسوء الهضم والأرق واضعاض أخرى عصبية وانخفض ضغط الدم وارتفع النبض وأصبح ضعيفا وظهر فقر الدم أى الانيميا وبدا الجلد أذكى اللون حتى داخل الفم والحلق . أما الكف وأخص القدم والأظفر فتبقى على لونها .

وأما النساء المصابات فيتألمن كثيرا أثناء الحيض . وإذا أصيبت الغدتان معا

- وقد يحدث ذلك في العقد الرابع أو الخامس من العمر - يطول المرض مدة خمس سنوات وينتهي بالموت .

نعود الى الكلام عن تأثير مرض التدرن في افرازات هذه الغدة فنقول :  
أن ظهور اعراض مرض أديسون لا يحدث تلطيفا أو اشتدادا في اعراض السل فلو حقنا المريض بخلاصة قشرة هذه الغدة (من اللستين والكولين) رأينا غالبا تحسنا في سير مرض السل حتى ولو وجد مصحوبا بمرض أديسون .

وخلاصة القول أن علاقة مرض السل بالغدد الصم ، ذات الافرازات الداخلية، هي علاقة عمرية، لارتباط افرازات الغدد وتأثير بعضها في بعض .  
واذا تسرب مرض التدرن الى غدة واحدة، ربما اضطرب الجهاز الافرازى كله فاشتدت لذلك اعراض مرض التدرن.



## الفصل السابع والعشرون

### أمراض أخرى وتأثيرها على السل

كل مرض يستولى على الجسم فينك قواه ويقلل من مناعته، يعرضه لمرض السل . وهذا ما يكثر حدوثه بين الأولاد الذين يصابون مثلاً بالحصبة أو بالسعال الديكي . أما القول بأن التهابات الحلق المتكررة والنزلات الشعبية المزمنة، تنتهى لا محالة بالسل، فيخيل إلى أنه بعيد عن الصواب . والأصح الأرجح هو أن هذه الحالات مقدمات تشق الطريق وتمهده للسل إذا جاء بعدها .

١ - من هذه الأمراض المنفردة ، الزهرى فى مرحلته الأولى . وهى مرحلة مقاومة المرض والاحساسية القوية وسرعة التأثر . فلو دخل مكروب السل فى هذه الفرصة السانحة ، لوجد فى جسد المريض ارضاً خصبة صالحة لنمو بذوره بسرعة وحدة . ولكن اذا كان الزهرى فى مرحلة تكوين الأنسجة اللينة، فلا يستطيع مكروب التدرن أن يعمل كثيراً على تخريب الأنسجة . ولماذا ؟ لأن التكوين اللينى هو الطريقة الطبيعية لإيقافه . ولندكر بهه المناسبة المراحل الثلاث: التلقيح والانتشار وتكوين الأنسجة اللينة .

أما اذا دخلت الاصابات الدرنية والزهرية فى وقت واحد فإن قوة الدفاع فى الجسم تتراجع وتنهزم وتؤدي الى أسوأ النتائج . وليس من النادر أن نجد هذين المرضين معا فى شخص واحد . واذا اجتمعا فيه أصبح لا يقوى على العلاج بالزئبق، فيعالج بالزيموت وعلى الاخص بالبيفاتول (١) والنيسوفارسان (٢) والنوفارسونيزول (٣) . وأنى أنصح كذلك بتجربة مستحضرات الذهب التى



تستعمل في علاج المرضين على السواء. أما الكاديور (١) وهو مزيج من الذهب والكادميوم، فالأفضل أن يعطى بانتباه، حقنا بالوريد ويمزجها بدم المريض. أما مستحضرات اليودور التي تستعمل في مرض الزهري، فيستحيل استعمالها في مرض السل وهو في دور الانتشار. على كل حال يجب أن نعلم أن نعلم إلى فحص المريض بواسطة تفاسل وسرمان في الإصابات المشتبه بها وعلى الأخص في الأطفال الذين يكون أحد والديهم أصيب سابقا بمرض الزهري.

ومن الأمراض المساعدة للسل، مرض الملاريا والسكر والربو:  
٢ - نعلم أن الملاريا أصبحت علاجاً لبعض أنواع الفشل التدريجي، ولكن كيف تؤثر في التدرن؟

أن الملاريا الزمنة تسبب فقر الدم أي الانيميا فتضعف مقاومة الجسم للتدرن. وتؤثر هكذا تأثيراً غير مباشر ولكن الاستاذ الكساندر يقرر، بعد درس طويل، أن لا تأثير للملاريا بتاتا في سير التدرن، لو عالجتها بالطرق المألوفة الفعالة. ويذكر حادث طحال متضخم بالملاريا غنة الذين عالجوه قبله افرازا بلورويا درياً.

٣ - السكري لا شك يضعف مقاومة الجسد. أما إذا دخل بائس كوخ جزر لانجرهانز في غدة البنكرياس وسبب مرض السكر، ندرك حينئذ أن الإصابة الدرقية في جهاز المريض، قد تأصلت وأظلم مستقبله وأصبح أملاً بشفائه ضئيلاً. فالسكري الأولى بسيط ولكن إذا تمكن، كان سبباً في ارتباط شديد وخلل في توازنات الصبي، يحول دون تمكننا من دفع التدرن أو حصره ضمن نسج ليفي.  
٤ - والربو. كثيرون من المصابين بالربو يخشون أن يكونوا مصابين

أيضا بالتدرن. وكثيرون يمتقدون أن الربو يؤدي الى التدرن، بدليل ما تظهره  
الاشعة أحيانا من تضخم في غدد المنصف الصدرى . والصواب هو أن الربو  
لا يؤدي الى التدرن. بل بالعكس ، فقد دلت الاحصاءات على أن حلول التدرن  
في المرضى المصابين بالربو قليل جدا .



## الفصل الثامن والعشرون

### التدرب الطفلى

أدرك القارىء بما تقدم ما للتدرب فى الطفولة من الشأن والخطر على حياة الأمة وما هنالك من الجهود التى تبذلها أوروبا وأمريكا لمكافحة ومنع انتشاره بين الأطفال. فان فى هاتين القارتين قامت مؤسسات صحية كثيرة، للعناية بالأطفال تعرف باسم «الوقايات». وفى هذه المؤسسات يجمعون الأطفال الضعيفى البنية، الذين يبدو فيهم استعداد لمرض التدرب. ويعالجونهم بالهواء النقى وأشعة الشمس والغذاء الصحيح والرياضة البدنية الملائمة التى تفرض عليهم، تحت رقابة طبية. وتختلف «الوقايات»، عن «المصحات» (٢)، فى أنها تنمى بالأطفال عاملة أعلى وقايتهم من غوائل مرض السل قبل أن يتأصل فيهم، على حد القول المأثور: «درهم وقاية خير من قنطار علاج».

وهذه المؤسسات لا تكتفى بالعناية الصحية الواقية، بل تصرف جهودا كبيرة الى الترية العقلية والاخلاقية، بتطبيق برنامج مقرر للتعليم المعلى المفيد يهيء الولد لحياة تامة النواحي لا تنفسها البطالة. فهى والحالة هذه معاهد علمية تتوافر فيها شرائط صحية خاصة.

وقد ذكرنا فى الفصل الثانى من هذا الكتاب، تيناعن مؤسسات جرائسه الى تستخدم ممرضات عائدات (٣) لمن مناطق خاصة. فتبحث كل ممرضة فى منطقها عن الامهات المصابات بالتدرب وتذهب من حين الى آخر لعيادتين وارشادهن الى اتباع الانظمة الصحية فى العائلة. وكثيرا ما تذهب باطلعهن الوضع الى



ارماند دليل



مؤسسة جراثيمة ، وهذه ترسلهم إلى مرصعات صحيحات الابدان في الريف بعيدا عن الجو الموبوء الملوث ، لينشأوا في الهواء الطلق نشأة صحية .

والافرنسيون وعلى الاخص الاستاذ ارماند دليل (١) يستعملون كثيرا لقاح ب. س. ج ( كالمت - جيران ) للاطفال ، عند ولادتهم ، سواء كانوا مولودين من أمهات مصابات بالتدرن أو لا . والغرض من ذلك ، إيجاد تفاعل فيهم يكسبهم مناعة خاصة ضد المرض .

وعندى أن تلقح أطفال الأمهات المصابات بالتدرن خطأ ، لانهم يكونون قد لقمحوا وهم في الرحم ، بسموم الباثلس المرتشعة التي تجري في دم الأمهات . فالاجدر بنا إذن الاكتفاء بتلقيح الأطفال الذين أصيب آبائهم . أو أى فرد آخر في وسطهم - لا أمهاتهم . أما الأطفال المولودين من والدين سليمين وليس في وسطهم مريض بالسل ، فلا لزوم لتلقيحهم .

على كل حال ، لا بد كما ذكرت قبلا ، من استعراض اختبارات سنين طويلة وجمع احصاءات عن تجارب عديدة ، قبل أن نقرر نهائيا نفع هذا اللقاح ومقدار فائدته .

هكذا يبذل الغرب جهوداً جبارة في محاربة التدرن الطفلى ، علما منه بما يجره من المصائب على الاطفال ، في مستقبل حياتهم وبما يخلفه في جسم الامة جمعا من العوامل الهدامة . فان هذا المرض يضعف النشاط ويستنزف القوى في الفرد . والماثل يدرك الفرق بين أمة يكثر فيها مثل هؤلاء الافراد وأمة خالية منهم .

وكما زادت معرفتنا بهذا المرض الفناك ، أدركنا التبعية المماه على القائمين بتربية الاطفال والعناية بصحتهم وضرورة فحص الاحداث من (١) اميد

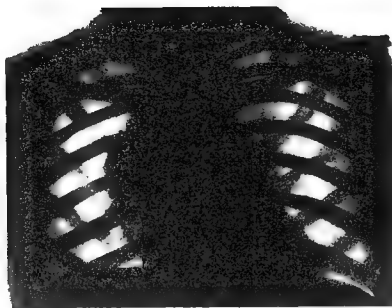
المدارس من آن الى آخر. فقد أثبتت لنا المراقبة الدقيقة وجود هذا المرض حتى في الاولاد الذين تبدو للعين أجسامهم صحيحة. وخلافا لما هو شائع بين الناس، من أن السل لا ينتشر إلا بين الطبقات الفقيرة المحرومة، نجد أحيانا في أطفال الطبقات الغنية، حتى تتوفر لابنائها جميع أسباب الراحة والرفاه من مسكن صحي وغذاء جيد ونحو ذلك من مقومات الحياة الهنيئة.

فلتأكد من صحة الصغار نستعمل امتحان (متو) (١)، بحرق مخفف محلول التوبركلين بين طبقتي الجلد. فاذا جاءت النتيجة ايجابية، كان من المستحسن فحص الصدر بأشعة اكس وأخذ صورة عنه، لان الفحص بالمسمع وبالتقر لا يكفي لاثبات شيء قاطع. وكثيرا ما يكون المرض في أخف أدواره الاولى لا يظهره الا الفحص الدقيق الكامل. فاذا أهملناه أصبح في وقت قصير حادا وعلى جانب من الخطورة.

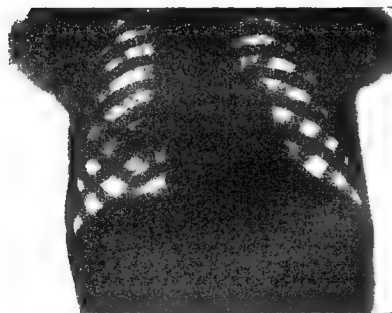
أما شكل المرض ومكان ظهوره في الرئة، فلا يزال موضوع جدلوه ناظره، فليس في وسعنا الجزم بشيء. وكل ما نستطيعه هو أن نقرر مكان الظهور وشكله. وكيف أن المرض في الطفولة، اذا غلب على أمره، وقف عند حد التحقد الابتدائي (الدرجة الاولى) اعواما عديدة، الى أن تظهره أحوال خاصة تضعف مناعة المرء في زمن الشباب أو الرجولة.

### كيف تسرى العدوى الاولى الى الطفل؟

تسرى اليه وهو جنين من أمه. وبعد الولادة من مرضعته أو ممن يكونون من أهله في المنزل على اتصال به. قبل الولادة تسرى بواسطة الباشلس غير المنظور، خلال الدورة الدموية المشيمية. وبعد الولادة بواسطة الباشلس المنظور بالمجهر. والفرق بين هذين النوعين من العدوى، هو كالفرق بين قوة الباشلس



اصابة درنية طفلية في الزاوية الترقوية القصية اليمنى  
( اصابة خطيرة )



اصابة درنية طفلية في الزاوية الترقوية القصية اليمنى  
تنتشر الى أسفل  
( اقل خطورة من الاولى )



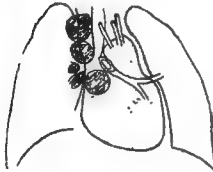
ووسائط سريانه في كلتا الحالين . فالباشلس في الجنين سموم مرتشحة ، قوتها أضعف من قوة الباشلس العادي . وواسطة سريانه واحدة ، هي الام . أما بعد الولادة ، فوسائط سريانه جميع من يحيط بالطفل من المصابين .

كيف تظهر فيه العدوى ؟

تظهر على لوحة اكس : ١ . كهوبا (١) وعقدا (٢) لمفاوية متضخمة .

٢ . التهابات واحتقانات أوراشاحات رئوية فضية .

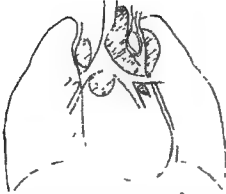
في سنة ١٩٠٧ لاحظ الطيبان فارير وبار ، عند فحص أحد الاطفال بالاشعة ، خيالات ثابتة حوالى القصبة الهوائية وشعبتيها . وبعد أن توفي الطفل ، فتح صدره وثبتاً من أن الخيالات لم تكن سوى غدد ضخمة التدرن . ثم أظهرت الاحصاءات العديدة بعد ذلك ، أن هذه الخيالات تقسم بالنسبة الى مواضعها وخطورتها الى ثلاثة أنواع :



النوع الاول يظهر عند الزاوية  
الترقوية (٢) القصية (٤) اليمنى وهو أشد  
الاصابات .

النوع الثاني يظهر في الجهة اليمنى الى  
أسفل القصبة الهوائية . وهو أقل خطراً  
من الاول .





النوع الثالث يظهر وراء أعلا  
القص (١) عند الزاوية الترقوية الفصية  
اليسرى ، فينتشر إلى أسفل وهو الذى  
تنفس الصعداء عند اكتسابه ونعال  
انفسنا بالشفاء (٢)

وساعد الطبيب على معرفة هذه الانواع . أعراض حجة هي في الغالب الحى  
والسعال وما ينقله مسامع الصدر من لعط يدفعنا إلى اثبتت منه بواسطة الاشعة.  
فبدون هذا اثبتت قد يستمر الطيب في معالجة الطفل معالجة لا علاقة لها  
بالتسدرن .

وتتراوح المدة اللازمة للشفاء بين السنة والسنتين تخفى على أثرها خيالات  
الغدد المصابة أو تتكلس بعد شفاؤها ويستمر ظهور خيالاتها بالأشعة .

تكاد تكون أنواع الاصابات فى الرئة مشابهة للاصابات فى الغدد اللمفاوية  
السابق ذكرها ، من حيث مواضعها وخطورتها كما سترى .

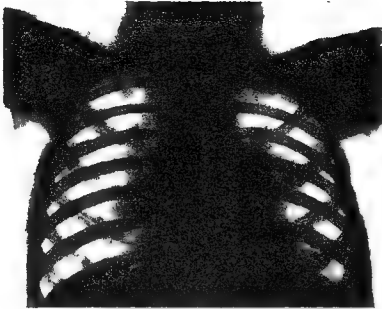
فلاحتقانات الرئوية ، عندما تظهر فى الفص الأعلى من الرئة اليمنى ، تندر  
بشدة الإصابة .

وعندما تظهر فى الفص الأوسط من الرئة اليمنى ، تكون أخف وطأة  
من الأولى .

أما متى ظهرت عند بزة السرة اليسرى ، أى مكان اتصال شعبة القصبة  
الهوائية بالرئة اليسرى ، فتكون أقل الأنواع الثلاثة شأنا .

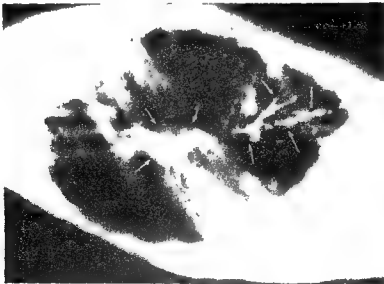
(١) عطية امدر الحسة للاصلاح .

(٢) اخترانى رسوم الاشعة في هذا الفصل هي تمثل ايضا الانواع الثلاثة لاصابات الغدد  
في سل المتفولة .



اصابة درنية طفلية في الزاوية الترقوية القصية اليسرى

تنتشر الى اسفل  
( تمجى عاليا بالشفاه )



تمزيق في الشعيات وانسجة الرئة

بدا واضحا بعد ادخال محلول اليوديدين  
اه اللده دول عن طريق الحنجرة



بعد ما تقدم من الشرح ، بهم القراء عملياً أن يعرفوا ما يجب أن يصنع بالاولاد  
المصابين بهذه الأنواع من السل كل على حدة ، فأقول :  
ان الذين يصابون بعدوى خفيفة لا يحتاجون من أنواع العلاج الا الى  
تقوية عمومية لاجسامهم . ولا بأس عليهم من متابعة دروسهم بالرغم مما يظهره  
الامتحان بالتوبركلين من تفاعل إيجابي والاشعة من تكلس درني .  
أما الذين تتمكن العدوى منهم وتظهر ظهوراً جلياً ، بعد أن يكون الاهمال  
قد أخفاها زمناً قصيراً ، ف هؤلاء يرسلون الى «الواقيات» لمعالجتهم وتعليمهم معاً .  
وأما الذين يكونون قد أصيدوا باحتقانات رئوية في الثنابات في الفسد  
اللمفاوية ، طال أمرها واشتدت وطأتها ، فيرسلون حالا الى « المصححات » حيث  
يحتم عليهم بالانصراف عن جميع الجهود العقلية والجسدية .  
يجب التمويل على الاخصائيين في تفسير تفاعل التوبركلين وما تظهره  
الاشعة على لوحها ، لان ما تشير اليه هذه النتائج وما يقتضى من علاج ، يختلف  
باختلاف حالات الاولاد المرضى واستعدادتهم الطبيعية .  
وكذلك لاغنى لنا عن الاخصائيين في الاشراف على «الواقيات» و«المصححات»  
وفحص التلاميذ لتدارك المرض اذا ظهر ، قبل تفاقمه والتمكن بذلك ، من ابقاء  
الكثيرين منهم في مدارسهم .

## الفصل التاسع والعشرون

### التدرن الطفلى في الكبار

انتهى الفصل السابق بالاشارة الى امكان معالجة التدرن الطفلى . فما هو التدرن الطفلى ؟

هو السيل الرتوى الذى لم يسبقه تعقد ابتدائى ولا ينحصر فى الاطفال ، بل نجده أحيانا فى البالغين من الجنس الأبيض ويكثر فى البالغين من غير البيض ، كالسودانيين وسكان الفيلبين والمورين وهنود أميركا والاستراليين الأصليين . والسبب فى ذلك ، هو أن مناعة هؤلاء ضعيفة ، لأن بأشلس كوخ حديث العهد فى بلادهم ، أدخله اختلاط الشعوب الشمالية بهم .

السل الطفلى على ثلاثة أنواع :

١ - ذو البؤرة أو البؤر التى نجدها غالبا فى الجزء الخارجى من الرئة بالقرب من البلورا . وفى الحالات الحادة ، تنسع هذه البؤر وتتناول باحتقاناتها فصا من الرئة أو أكثر .

٢ - ذو البؤر المتجنية الندية التى يتراوح قطرها بين عشرين وخمسة أعشار السنتيمتر ، فى أى جزء من أجزاء الرئة . وفى هذا الغلاف الندى يكمن المكروب .

٣ - ذو البؤر المتكاسة . وهى عبارة عن بقعة بيضاء تظهر على جدار الرئة الداخلى .

ولا تظهر هذه الأنواع الثلاثة مجتمعة أو متفرقة الا بعد أن تكون الغدد اللعاقوية ، المجاورة للقصبة الهوائية وشعبتها ، قد غلبت على أمرها . ففى خط

الدفاع الاول ولها وظيفة المصفاة فعلى التبت، علمنا أن الانتصار قد تم للبائس عليها فينسرب إلى أنسجة الرئة . فالتدرن العفلى يشمل الالتهاب في الغدد للمفاوية المذكورة وأنسجة الرئة في آن واحد ، ولا ينحصر في الصغار ، بل يتعداهم الى الكبار الذين تكون أنسجتهم عنراء .

أما أعراضها فتظهر لنا على أحد هذه الصور الآتية :

١ - عقدة درنية صغيرة في الرئة قد ترافقها عقد لمفاوية حول القصبة وشعبتها .

٢ - احتقان محصور أو منتشر يصيب أحياناً فصلاً كاملاً من الرئة ، قد لا ترافقه عقد لمفاوية متكسبة ( حول القصبة وشعبتها ) .

٣ - احتقان يحدث انتشاره نخرأ في الأنسجة وتحفيراً . وهذه الحفرة تشفى أو تحول إلى منبع إصابات أخرى في أى موضع من الرئة . وقد تصبح مصدراً لإصابة صموية في الجسم .

٤ - احتقان واضح في الرئة غير مقرون بعلامات أخرى للمرض ، سوى التكلس أحياناً في العقد للمفاوية حول القصبة وشعبتها .

٥ - بروز كتل من العقد المتجنبة (رسمها وشرحها في الفصل السابق) في الجهة اليمنى أو اليسرى من أعلا الصدر وراء عظم القص .

أما الفرق بين السل الطفلى (أى الإصابة الأولى) والسل المتجدد في الكبار (أى الإصابة الثانية) ، فهو :

ان السل المتجدد ، هو استيقاظ الإصابة بنفس البائس الكامن في الجسم بعد رقاذه طويلاً . أو وقوع إصابة جديدة بـ ميكروب جديد في جسم أصيب قبلاً بالتدرن .

٢ - ويظهر عادة في الثلث الاعلى من الرئة اليمنى . أما اذا ظهر في الثلث الاسفل فيكون قد سبقه تمدد وتمزيق في الشُعَب والأنسجة الرئوية .

٣ - ويكون مقروناً أما باحتقانات ، فخر ، فتخير ، فانشار يسبب الموت . أو بتجن وتليف ندى فتكلس فشفاء .

٤ - ولا يكون مصحوباً بالتهاب شديد في العقد اللمفاوية القصية الشعبية .

٥ - اذا جاء متجدداً في الصغار ، اعتبر حالة شاذة تنتهى سريعاً بالموت . أما السل الطفلى ، وهو السل الذى يظهر عادة للمرة الأولى في الصغار و أحياناً في الكبار ، فيكون :

١ - سليم العاقبة عند البالغين .

٢ - وينتهى بالامتصاص فلا تترك الارتشاحات البسيطة في الرئة أثراً لوجودها .

٣ - وقد يتطور متحولاً الى تجبن تاركاً أثراً للتكلس أو يتقدم فيتحول الى حالة النخر والتخير وينقب أنسجة الرئة . وهو من هذه الناحية يشبه السل المتجدد .

٤ - ولا يظهر كالسل المتجدد في موضع معين من الرئة .

٥ - وتلتهب معه الغدد اللمفاوية حول القصبة الهوائية وشعبتها وكذلك الغدد خلف القلب . ولكن هذه لا يمكن رؤيتها بالأشعة ، لكثافة القلب أمامها .

يهمنا الآن التمييز بين السل الطفلى واصابات أخرى غير درنية لاعلاقة لها بمرض السل ، كالنزلة الرئوية الشعبية الحادة ، أو مرض هودجكين اى





کلايشمت



ليمفادينوم، التي تشبه السل باعراضها كالاحتقانات والارتشاحات في الرئة .  
وتضخم غدد الصدر .

فالنزلة الرئوية الشعبية، اذا كانت حادة، تسبب كثافة في الرئة مصحوبة  
بارتفاع سريع في درجة الحرارة واعراض تسمم عموى شديد .

ومرض هودجكن يسبب فوق التضخم القصبي الشعبي تورما، في الغدد  
المفاوية حول العنق وتضخما شديدا قد يمتد الى الغدد تحت الابط وفي الأربية.  
وربما تكون مادة صديدية وتحولت الى خراج في الرئة . أو يكون هناك  
خراج في المنصف الصدرى، فتزداد صعوبة التمييز . ففى هاتين الحالتين يعود  
غالباً في تحليل السبب الى وجود تقيح في اللوزتين أو الى عملية جراحية في  
الحلق، عندما لا تكون الرئتان سليمتين من النزلات الصدرية أو تجمد ذات  
الرئة بعد شفاء حديث أو انزلاق مادة صلبة الى القصبة الهوائية واستقرارها  
في إحدى شعبتها .

وقد تنتفخ الشعبيات فيحدث اتساعا وتمزيقا في أنسجة الرئة (١) يبدو  
بالاشعة كاوعية منسلة من السرة الى أسفل الرئة، كأنها أوتار تُخنق تجعل التشخيص  
يبدو لأول وهلة عسيرا . ولكن الامتحان بادخال محلول اليوديين، أو  
اللييودول، في القصبة الهوائية يكشف عن حقيقة المرض، اذ يرسب المحلول في  
الشعبيات المتعددة . وهناك دليل آخر لمنع الالتباس بين المرضين وهو التضخم  
في أطراف السلايميات وتقوس الأظافر في انتفاخ الشعبيات المزمن .  
أو ربما كان في الرئة احتقانات مزمنة، يرجع تاريخها الى التهابات قديمة  
تكون قد حدثت أثناء بعض الأمراض، كالحمى القرمزية والحصبه والسعال  
الديكى .

والغدة التيموسية ، في أعلى القصبة الهوائية ، اذا تضخمت سيبت خيالات  
تظهر لنا كمقدلفاوية درنية نراها بالأشعة الى يمين أو الى يسار القص .  
وأخيرا قد يضللتنا ورم بسيط أو خبيث في نسيج الرئة أو بين الرئتين ،  
انحسبه احتقانا أو تضخما . فمما تقدم يدرك القارىء صعوبة الوصول الى تشخيص  
حقيقى فى بعض الأحيان وضرورة الالتجاء فى مثل هذه الحالات الى طبيب  
أخصائى حتى فى بدء الإصابة . فأن الخطأ فى التشخيص يجر الى الخطأ فى العلاج  
وضياع الوقت والتعب والمال وسوء العواقب .



## الفصل الثلاثون

### بحث آخر في التدرن الطفلى

أريد في هذا الفصل ، الرجوع الى ما يجب مراعاته عند فحص المريض للوصول الى التشخيص الصحيح . أن طرح الأسئلة على المريض أو والديه فن قائم بناته ، له أهميته الخاصة . فلعينا أن نعرف هل أن أحد سكان المنزل كوالدة الطفل أو مرضته أو والده أو غيرهم من الأهل والخدم ، مصاب بمرض التدرن . وقد بينت سابقا تأثير الوسط الموبؤ في سرعة نقل العدوى الى الأطفال ، لشدة تأثرهم ودقة احساسهم . وأن العدوى تنتقل أحيانا اليهم قبل الولادة وهم أجنة في بطون أمهاتهم .

أن شدة العدوى تكون بالنسبة الى كمية المكروبات التى يستنشقها الطفل ، فكلما كثرت الكمية ، اشتدت الإصابة .

جمعت في الولايات المتحدة احصاءات لآلاف من الأولاد تعرض البعض منهم للعدوى والبعض الآخر عاش بمعزل عنها . فوجد أن الاصابات بالتدرن « المتجدد » فى الذين تعرضوا للعدوى ، كانت ضعفى اصابات الذين لم يتعرضوا لها . وأن الاصابات بالتدرن « الطفلى » ، بلغت أربعة اضعاف .

دلت احصاءات أخرى فى الولايات المتحدة على أن اصابات الأولاد الذين تعرضوا للعدوى كانت سبعة اضعاف بل عشرة اضعاف الذين لم يراجعوا بالشلس كوخ .

ويجب أن ننتبه الى الباشلس البقرى فى الذين يشربون اللبن غير المعقم ويأكلون من مستحضراته وهو لا يزال ملوثا كالجبن والزبدة . فاذا أصيب الأطفال بالعدوى ، وجدنا المرض فيهم معويا برهونيا .

أن المرضى البالغين تم عادة هياتهم وسحتهم على المرض. أما الأولاد فعلى عكس ذلك، فكثيرا ما يحمل الأولاد اصابة رئوية واحتقاناً يتسع ضمن الصدر باضطراب ربما كان مقرونا بتضخم في الغدد اللغواوية القصية الشعبية. ومع ذلك تخلفهم اصحاء لما يبدو في وجوههم من النضارة والصحة. وأحيانا يزيد وزنهم. على أن الزيادة أو نقصان الوزن ليسا مقياسا لصحة الأولاد، يمكن الاعتماد عليه. فالتدرن لا ينحصر في الأولاد الذين ينقص وزنهم، بل نجده كذلك في الذين يزيد وزنهم. ولكن هناك علاقة ثابتة نستطيع الاعتماد عليها دائماً في هذه الأحوال. وهي عجز الولد المصاب بالتدرن عن احتمال المجهود الجسدي طويلا.

يسهل الولد كثيراً في دور الاحتقان الرئوي ونجد الوالدين - على الأخص إذا دلت ظواهر الطفل على حسن الصحة - يعزوان السعال الى برودة الهواء. فاذا زال الاحتقان وجف الارتشاح الرئوي - عند انقضاء الفصل البارد مثلاً - واجتازت الرئة مرحلة التجبن الى الجفاف، انقطع السعال، فبدأ روع الوالدين واجتبحا، لا اعتقادهما أن الزكام الذي كان قد أصاب ولدهما قد زال.

تنبأ الاحصاءات في الولايات المتحدة أن بين كل سبعة ولد، أظهرت أشعة أكس واحدا مصابا بتصبب بلوروي، سببه التدرن في البلورا. وبين كل خمسة وأربعين من ألعين ولد في مصحات التدرن، وجد ولد واحد مصاب بالتصبب في تجويف البلورا.

تكون اعراض التصبب غالبا غير واضحة، فترتفع الحرارة فجأة لمدة وجيزة، يومين أو ثلاثة أيام على الأكثر ثم تهبط. وحيث أن هذا كله يحدث بدون أن يتألم الولد، فلا تغير الامر اهتماما.

وبهذه المناسبة، يجب أن لا يخفى علينا الفرق بين درجة الحرارة في الاطفال



باريزو





وبينها في الكبار : فهي ٣٨ سائتيراد في الاطفال ، بينما هي ٣٧ في البالغين . ونجدها ترتفع عند الاولاد درجة أو درجتين بعد الرياضة البدنية في المدارس ( هذا في المصايين طبعاً ) .

أن مسامع الصدر والنقر بالأصابع لا يكفيان في أكثر الأحيان لاكتشاف احتقان في الرئة أو ارتشاح خفيف في تجويف البلورا أو تضخم أو تورم في الغدد اللعابية القصية الشعبية ، فيصبح الالتجاء والحالة هذه الى أشعة اكس ضروريا .

وأصبح الامتحان بتفاعل التوبركلين من الطرق التي لا بد منها . فالتفاعل السلبي ينفي وجود باشلس كوخ . والتفاعل الايجابي يثبت .

نمتحن بالتوبركلين على طريقة « بركه » : أي بتحديث الجلد والقاء اللقاح عليه . وبطريقة « ماتو » : أي بحقن اللقاح بين طبقتي الجلد . وهذه الطريقة هي الاصح ، فيها تمكن من اثبات وجود الباشلس على أهون سبيل مهما قلت كيته . نجد باشلس كوخ بسهولة في بصاق الاولاد الكبار المصايين بالتدرن لو فحصناه تحت المجهر . أو لو حقنا به خنزير غينيا ثم فحصنا غده بعد أيام تحت المجهر . أما الاولاد وعلى الاخص الاطفال ، الذين لا يعرفون التنخع والبصق ، فيصعب علينا اكتشاف باشلس كوخ فيهم . لذلك نسمح أحيانا حنجرة الطفل بقطنة أو بشاشة معقمة ونفحص محتوياتها بالمجهر .

وأول من استعمل أنبوبا من المطاط وادخله في المرى الى معدة الطفل واستخرج ما تحويه معدته من العصارة باحثا عن باشلس كوخ فيها ، هو الاستاذ أرماند دليل في باريس . فالباشلس يصل الى معدة الطفل العاجز عن التنخع والبصق بطريقة البلع والازدرداد .

والاستاذ أرماند دليل الذي يجهد ، كما سبق وقلت ، تلقيح الاطفال الرضع

بلقاسح ب. س. ج. (كالميت - جبران) (١) لايجاد مناعة نسبية بهم ضد الباشلس ، يقول : يجب ابعاد الاولاد المصابين اصابة خفيفة عن مصادر العدوى الشديدة . وفي أوربا ينقلونهم الى « الواقيات » حيث يتمتعون بالهواء النقي الطلق وباشعة الشمس والغذاء المساعد على شفائهم .

وهذا ما يبشر به الاستاذ باريزو (٢) رئيس اللجنة الصحية في مجلس عصبة الامم وبطل محاربة السل في بلاد الساهواي العليا (٣) بفرنسا .

أحل ، يمكننا ارسال الاولاد المصابين الى المدارس ولكن من غير أن نحمليهم على اجتهاد نفوسهم . على أن مصحات الوقاية ، أو على الاقل مدارس الحفلاء ، أنفع لهم وأضمن لسلامتهم .

أما الاولاد الذين لا تزال غددهم اللعابية القصبية الشعبية المريضة غير متكسكة والاولاد المصابون باحتقان في الرئة وفيهم جميعا مصدر خطر وعدوى لكثيرين من هم حولهم ومعالجتهم في بيوتهم من الامور المتعذرة ، فالأفضل ارسالهم الى « المصحات » .

يجدر بنا في ختام هذا الفصل ، أن نكرر ما قلناه في ما تقدم وهو أن تلعب الولد على التدرج لا يعني نجاته النهائية منه فقد يعود اليه المرض في سن المراهقة كما ذكرنا . لذلك يجب أن لا ندعه يجهد نفسه بالالعاب الرياضية أو العمل الجسدي ، فإن ذلك قد يؤدي الى استيقاظ المكروب الكامن واعادته السكرة على فريسته .

---

A. Calmette — B. C. G. Pasteur Institute — Paris (١)

Haute-Savoie (٣) Jacques Parrot - Nancy (٢)



مصح بختس - لبنان



مصح اغرا - سويسرا



## الفصل الواحد والثلاثون

### الاقليم والسل

« آخر دواء تغيير الهواء » . هذا مثل من الامثال السائرة يتطوى على شيء من التعريض بالطبيب ويعلن عجز الطب بازاء بعض الحالات المستعصية . ولكن اطلاقه على جميع الحالات لا يتفق والتقدم العلمى الحديث . فليس التغيير بذاته نافعا . ورب اقليم ، البقاء فيه خير من الانتقال منه .

ولكن الذى ينفع ، هو التمييز الصحيح بين هواء اقليم وهواء آخر ، بحيث يتمكن الطبيب من تعيين الاقليم الموافق . فان اقامة المريض فى مكان موافق له يعتبر ، الى حد بعيد ، متما لوسائل العلاج .  
الاقليم مجموعة العوامل الجوية والارضية التى يتأثر بها الاحياء . فالعوامل الجوية هى : الحرارة والنور والرطوبة والهواء . والعوامل الارضية هى : الارتفاع عن سطح البحر والتربة والماء والنبات .

العوامل الجوية : اذهب فى فصل الصيف الى قلم الجوازات فى القاهرة ، تر الناس أفواجا ينتظرون بفارغ الصبر « التأشير » على جوازات سفرهم ، ليتمكنوا من الانتقال الى بلاد يجدون فيها جوا أقل حرارة من جوتهم . وقلما ترى من هؤلاء الناس ولا سيما الضعفاء منهم ، من يدرس المكان المقصود من حيث ارتفاعه وهوائه ورطوبة جوه ، ليعرف هل هو ملائم لصحته أم لا .  
ينذهب المصطاف فى الغالب الى الاماكن التى نصح له بها مصطاف آخر عرفها قبله وجنى منها الفائدة الصحية المطلوبة . أو التى أعلنت عنها شركات السفر . أو يولى وجهه على غير هدى ، شطر مكان جديد . ثم يعود فى آخر الصيف من

غير أن يكون اكتسب فائدة صحية تذكر .

إذا كانت حالتك الصحية سيئة تستدعى تغيير الهواء ولا سيما في فصل الصيف، فلماذا لا تستشير الطبيب ؟

إن الحرارة شأنا كبيرا في صحة الإنسان ومرضه . نرى أثرها السيء في الكبد والقناة الهضمية وهذا أشهر من أن يذكر . أما الربو والنزلات الشعبية المزمنة والسعال الرئوي المزمن ، ففي الامكان معالجتها في أقليم حار . على أن الاقليم المعتدل المستقر الحرارة يؤآ في الرئة الحديثة الاصابة بالسل . بينما الاقليم السريع التقلب يحدث فيها نزيفا . ثم أن التغير الفجائي - أى تغير الاقليم - يؤثر في الجهاز العصبي ويمنعه من ضبط حرارة الجسم . ويختلف فيه آثار الاجهاد والاعياء .

أن الهواء القليل الرطوبة يفيد الرئة المتدثرة لانه يريح أعصابها ، في حين أن الهواء الجاف يهيج السعال فيساعد على انتشار الداء فيها . وهذا عكس ما نقوله في المصابين بداء المفاصل والكلبي . فالهواء الرطب ولو قليلا يضرهم . وعلى ذلك فإن هواء الشواطئ . ولا سيما شواطئ البحر المتوسط ، ينفع المصاب بسل العظام بصورة خاصة ، لانه يجمع بين الرطوبة وأشعة الشمس .

ينقلب الهواء الرطب ضارا ، اذا كانت التربة حواله لزجة لا تمتص المطر ، او كان امتصاصها له قليلا جدا . وهنا أريد أن أزيد القارىء ايضا : أن كثرة المطر لا تضر المصاب بالتدثر بوجه من الوجوه . لان المطر وحده لا يخفض حرارة الهواء بل يخفطها ويحول دون التقلبات المفاجأة . ولكن التربة التي لا تمتص المطر بسرعة وسهولة ، تجعل الجو قليل الصفاء شديد الرطوبة . حتى اذا كان الهواء متقلبا ، أحدث تغييرا مفاجئا في الحرارة لا يلائم المصاب بالسل . فعلى الطبيب أن يتبين مهاب الريح في الاماكن التي ينصح للمريض بها .

أن الأهوية المستمرة الشديدة الهبوب لاتوافق المريض بالسل، لأنها تخفض حرارة جسده . والرياح الصحراوية الجافة تمنعه من النوم العميق ، لأنها تنبه الأعصاب وتحول دون انتظام التنفس . أما الرياح المعتدلة التي تحمل بعض الرطوبة ، فتساعده على انتظام التنفس والنوم نوما هادئا مريحا مجددا للقوى . وخير الرياح ما هب فوق البحار . لأنها تكون معتدلة الحرارة تحصل على أجنحتها غاز اليود المفيد .

العوامل الارضية : أن علو ١٢٠٠ متر هو الحد الفاصل بين الارتفاع الذى يجهد المريض والارتفاع الذى يريحه . وعلو ٦٠٠ متر هو المتوسط . وتختلف الشواطئ البحرية عن الأماكن المرتفعة بأن ضغط الهواء فوقها كثير وليس فيها تلك الانخفاضات الفجائية الكثيرة . لذلك تنصح بها المصابين بضيق النفس وضعف القلب والكلى وضغط الدم وتصلب الشرايين ونزيف الرئة . فهؤلاء يشعرون بشئ من الفرج عندما يهبطون من الجبال إلى ساحل البحر . لأنهم لا يجدون ضالتهم في الأماكن المرتفعة كثيرا عن سطح البحر . وكثيرا ما يرى الطبيب نفسه مضطرا الى العدول عن تنشيط الدورة الدموية والتنفس تنشيطا يكسب الجسم مناعة يقوى بها على الداء ، لان المريض لا يلائمه هواء المرتفعات فيعود به إلى السهول وشواطئ البحار .

وللسن تأثير كبير في ذلك . فالشبان أقوى من المستين على سكنى الجبال . وقبلنا نجد مصابا بالسل الرئوى بعد سن الخامسة والاربعين ، يستطيع أن يعيش في جو بارد ومكان مرتفع ، بدون أن يصاب بالتهابات جديدة . حتى أن المصابين بالسل الرئوى المزمن ، الذين تصلبت بعض أجزاء من رئاتهم ، يعجزون بعد سن معين عن المعيشة في الامكنة العالية .

أجل ، أن كريات الدم الحمراء تتكاثر بسرعة في الأماكن المرتفعة . وقد

ثبت لنا بعد البحث أنها تتكاثر أيضا بعد اقامة قصيرة على شواطئ البحار .  
ففى خلال الاسابيع الثلاثة الاولى تطرد الزيادة فى هذه الكريات . ثم يأخذ  
معدل الزيادة فى النقصان . ولكن الكريات تظل مع ذلك أكثر مما كانت  
قبل مجئ المريض إلى الشاطئ .

لا يختلف جو الشاطئ كثيرا عن جو الجبل من حيث التروجين  
والاكسجين وثانى أوكسيد الكربون . ولكن الاوزون فى هواء الجبال  
الحمرشة أكثر منه فى هواء الشاطئ . إلا أن هواء الشاطئ يفوق هواء الجبل  
بما يحتويه من الملح واليود . والاوزون يختلف عن الاكسجين باحتواء ذراته  
على ثلاثة أجزاء اكسিজنية لا اثنين فقط كما هى الحال فى ذرات الاكسجين .  
ولذلك له فعله المطهر ووجوده دليل على نقاء الجو . وهو يزيد مقدار  
الهيموغلوبين النسبى فى كريات الدم الحمراء . وهذا يؤدى الى تحسين الحالة  
الصحية بوجه عام . على أن مقدار الملح الذى قلنا أنه يكثر فى هواء الشواطئ  
ليس ثابتا ، بل يتغير بتغير الاهوية وحالاتها . وأما اليود فوجوده محقق فى  
هواء البحر ومقداره فيه يفوق ١٢ ضعفا مقداره فى الهواء الذى يهب فى داخل  
البلاد .

لقد أسهبت الكلام فى تأثير الاقليم وما له من عوامل جوية وأرضية فعالة .  
والفرق بين الاماكن المرتفعة والمنخفضة . وبين الهواء الجاف والرطب . على  
شاطئ البحر وبعيدا عنه . وما يحتويه الهواء من اكسجين وتروجين وثانى  
اوكسيد الكربون واليود . فما هى الاستنتاجات التى نصل اليها وكيف نطبقها  
عمليا على الديار المصرية والعراقية ، عندما نفكر فى المرضى بالسسل الرئوى  
وعلاجهم . وعلى الاخص فى شهور الصيف الحارة ؟

لا شك أن جو الصيف فى هذين القطرين غير ملائم لعلاج هؤلاء المرضى



وحصولهم على الحد الأقصى من الفائدة ، فينبغي قتلهم أثناء أشهر الحر الى  
أماكن صالحة بحرية أو جبلية . وهل هنالك أفضل من المصايف المعروفة على  
شواطئ الديار المصرية مثلاً أو مصايف الديار الشامية المشهورة . . . جبال  
لبنان وكيف بوصفها . . . وصيفين شتاء . . . فهناك الهواء يوده وأوزونه  
والمرتفعات العالية المنشطة والمعتدلة المريحة !

وسياتى يوم تصبح فيه تلك الجبال مابجاً عظيماً للاستشفاء كما هى اليوم قبلة  
لأنظار المصطفين . حينئذ تقام هناك أعظم مصحات فى الشرق يحسد المرضى  
فيها أحدث العلاجات وأنجعها .

---

## الفصل الثاني والثلاثون

### القطر المصري والسل

لعل في بعض فصول هذا الكتاب قد أسهبت في وصف الجهور بالاهمال ووصفه بالجهل . وما ذلك إلا لما أراه بعين الطبيب من البلاء الفاشي والويل الداهم . ونحن في غفلة عن واجباتنا ، نرى الامراض حولنا ولا نمد يدا لمنع تفشيها وتسربها الى الاجزاء السليمة من المجموع . والخاصة مقصرون كالعامّة لاهون بشؤونهم كأنما لا يهمهم من أمر العامة شيء . وكأن هؤلاء في واد وأولئك في واد آخر . مع أن الشر الذي يصيب فريقا منهم يصيب الفريق الآخر بلا مرأه .

في أوروبا نقابات ومؤسسات ومستشفيات ومصحات يقوم بتشبيدها وتنظيمها الفئات اليقظة من العامة والخاصة على السواء . قلسد بها ثلة كبيرة في الحياة الاجتماعية . وليس عندنا هنا من ذلك إلا ما تقلده ثقافة الغرب تقليدا أعمى . فأين المؤسسات الصحية المتنوعة لمكافحة الامراض ؟ وأين يذهب المصاب بالسل اذا لم يتسع له مصح حلوان . ولم تسمح له حالته المالية بالاستشفاء خارج البلاد ؟ من يعوله ويعول عائلته اذا أقعده المرض عن العمل ؟

ان ناعسا كهذا خطر متنقل سيار على أهله وجيرانه وجميع من حوله ينفث سموم الداء وينشر بسعالة جراثيم العدوى .

تتشعر الأبدان عن ذكر الجذام . وتضع الحكومات المجذومين في أماكن بعيدة عن العيون لانهم مشوهو الحلقة ، قبيحو المنظر ، بشعوا الشكل . لأن لهذا المرض مظاهر خارجية تبوعنها العيون وتشمئز منها النفوس . ولكن



برنان  
( أول مدير لمصح حوان )



للسل عكس ذلك من المظاهر . فأنك تجد المسؤولين على جانب عظيم من اللطف والدعة . الفتيات هزيلات رقيقات تدعو حائهن إلى الشفقة ، والشبان وادعون مستكنون . فليس في منظر هؤلاء ما يهيب بالمجتمع إلى عزلهم درأاً للخطر وحسباً للعدوى ، إلا بعد أن يكون قد استفحل الداء وعم البلاء وعاث المرض فساداً في جميع الطبقات ،

هكذا يسير الداء في القطر المصرى سيرا حثيثاً ويتفاقم ويعيث فساداً . فما نحن فاعلون ! لدينا ٤٠٠ سرير في مصح حلوان . وأهل حلوان يندمرون من وجودها ، ويطلبون أعفاهم منها . وهناك مصح العباسية وسيم اعداداه قريباً . وحتى تاريخ نشر هذا الكتاب ليس في القطر المصرى كله سوى ثمانية مستوصفات للأمراض الصدرية . مع أنه لو كان فيه مئة مستوصف لما كانت كافية . فالذى عندنا من هذا القليل ليس سوى نواة لعمل ينبغي أن تتسع دائرته بلا إبطاء .

وإذا عدنا في بحثنا إلى أهم نقطة جوهرية في هذه الخدمة الاجتماعية ، وتساءلنا عما فعلنا لوقاية الأطفال ومساعدتهم في أدوار المرض الأولى ، لكان الجواب مع الأسف سلبياً . فأننا لم نفعل شيئاً البتة . وعلى رغم البرنامج الذى وضعته مصلحة العمومية وطلبت فيه مثل هذه الانشاءات ، فليس في هذه الديار مؤسسة واحدة لتدرن الأطفال . وكان علينا أن نبدأ بمكافحة السل في الصغار لشدة استعدادهم ، على نحو ما ذكرت قبلاً ، لالتقاط العدوى بأجهزتهم النخيفة وتدرج المرض إلى حالة التعقد الابتدائى . فاذا كانت الإصابة قوية رزح الطفل تحت وطأتها ومات . وإذا قلت المقاومة بعد سنين ، عاد المرض إلى الظهور في سن الشباب .

هل أنشئت في وادى النيل مؤسسة واحدة من المؤسسات المعروفة عند

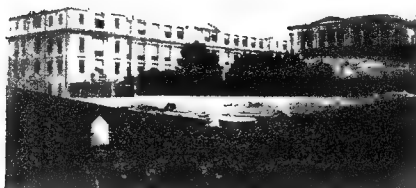
الفرنسيين باسم «واقيات» (١)، دفعا عن الضعفاء من الاطفال عادية المرض ،  
أو لإيقافا له عند حد لو تطرق إلى أيدانهم ؟ بل أية استعدادات اتخذت للعناية  
بهم وأعدادهم لحياة مستقبلية يكونون فيها رجالا اشداء عاملين ..

تفق الأموال الطائلة سنوياً على الدعاية لمصر في الخارج تشويقا للسياح  
من سكان الشمال . فيؤمها الأصحاء منهم والمبتلون بأمراض الصدر والروماتزم ،  
استشفاء بنور شمسها واعتدال هوائها ودفء جوها في الشتاء . ولكن ماهي  
النتيجة ؟ ان تلك الحركة تزيد ثروة البلاد بلاريب ولكنها تجلب معها  
عوامل كثيرة من عوامل العدوى بالسل لاضافتها الى ما في البلاد من عناصر  
هذا الداء الويل .

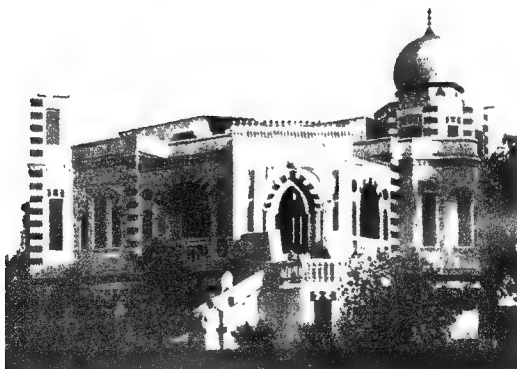
لقد أوقفنا سيرالجدري بالتلقيح . وخففنا حمى التيفوئيد بالتطعيم والانظمة  
الصحية . ووضعنا حداً للطاعون والكوليرا بالحجر الصحي على البواخر . ولكن  
التدرون وعلى الاخص السل الرئوى يتسرب إلى البلاد من بين أصابع موظفي  
الصحة على المرافىء . وهم ينظرون إلى جوازات السفر ورسوم المعاينة الصحية  
لا إلى وجوه المسافرين وصحتهم ...

في جميع بلاد الشمال الباردة يتنادون : «أيها المصدر أقصد إلى مصر» ، وكم  
من مصدور جاني في عيادتي طالبا شهادة طبية رغبة منه في إبدال «جواز  
المرور» بتمديد الإقامة ، للاستشفاء ! ...

نحن الآن في عصر الآلة التي تحتاج البلدان الزراعية وتتحكم في مقدرات  
الجنس البشرى . عصر أوجد بمواصلاته اختلافا شديدا بين الشرق والغرب .  
وكما نقل الشرق قديما النهضة الروحية إلى الغرب ، أخذ الغرب حديثا ينقل



مصح حلوان - مصر



مصح عين شمس - (ضواحي القاهرة)





النهضة الآلية إلى الشرق. وكانت الحروب الدموية آفة الامس فأصبحت الحروب الاقتصادية آفة اليوم. وها هي مصر تستيقظ بعد السبات الطويل لتجاري سائر البلدان في حلبة الصناعة. فكل خطوة تخطوها في هذا الميدان الصناعي وكل دعاوة تفسرها لتشجيع السياحة في واديا، تجعل أبنائها على اتصال وثيق مستمر متزايد يياشلس كوخ الشمال.

لا يظنن القاريء انى أدعو إلى إغلاق أبواب الشرق في وجه المدينة أو اقترح بناء سور حوله كسور الصين، لعزله عن البلاد القريبة، فإن ذلك محال لان المدينة تكسحنا اكتساحاً. بل انى أنذر بالشئ المستطير وانصح بالحيلة والجذر أو أبسط الحقائق جليلة مكشوفة. وأتساءل عما نحن فاعلون لانتقاء الاخطار المقترنة بهذه المدينة، لان أبناء الشرق الادنى وعلى الاخص المنحدرين من أصل افريقى قليلو المناعة ضد هذا الميكروب الاكثر شدة في الشمال والجديد نسبياً في الجنوب، رغماً من أن الفراعنة عرفوا مرض السل. هل تعلم كم تطول الآن حياة «البرى» مثلاً، اذا ظهرت فيه الاصابة وبقي بدون علاج؟ - ستة أشهر على الاقل وأتى عشر شهراً على الاكثر! هل فكرنا اذن بوسيلة لمنع انتشار العدوى على يده وتسربها إلى أبنائنا؟

قام في فرنسا أستاذ في طب الاطفال يدعى جرانشه (١)، كان يعتقد بانتقال مرض السل إلى الاطفال عن طريق العدوى. لاحظ هذا الطبيب بعد التحقيق والاحصاء أن الاطفال المصابين بالسل كانت ترضعهم أمهات مصابات بهذا المرض أو كانوا على اتصال بشخص آخر مصاب. فتكلم ونصح وجد واجتهد وأخيراً نجح وعهد اليه في العناية بعدد قليل من الاطفال الحديثي الولادة من أمهات مصابات لم تظهر فيهم أعراض السل بعد. وحصل على اعانات مالية

---

(١) Grancher : أنظر رسمه ضمن الفصل الخامس والعشرين صفحة ٢٥٧

لارسار لهم الى عائلات قروية صحيحة الجسم للعناية بهم . وكم كان سروره عظيما  
إذ لاحظ أنه بعد حين لم تظهر فيهم أعراض السل إلا بنسبة واحد في الالف .  
فن ذلك الحين لم يعد يكتفى بالكلام بل صار يصيح بأعلى صوته في فرنسا  
كلها : « اتقذوا أطفالكم من السل ! » . وقرى اليوم في كل مستشفى للأطفال وفي  
كل مركز لرعاية الطفل في فرنسا ، جناحا خاصا لعمل جرائشه ، الخيري .  
وهو ترتيب بديع لخدمة البيئة الاجتماعية ..

لا ينحصر « عمل جرائشه » في اتقاذ الاطفال من أمهات مصابات بالسل  
وتربيتهم في جو صحي تحت رعاية مرضات مخصوصات يقمن بزيارات منتظمة  
فقط ، بل يتجاوز ذلك إلى إيجاد عمل للوالدين اذا كانوا فقراء عاطلين عن العمل .  
لماذا لا تقوم بعمل اجتماعي كهذا في الشرق الادنى ، ونحن في أشد الحاجة  
اليه ؟ وهو لا يتطلب مالا كثيرا !



## الفصل الثالث والثلاثون

### علاج السل غير الجراحي<sup>(١)</sup>

ملاحظات عمومية : إذا ذكر مرض السل في مجالس من المجالس الكفر الجوت وكهرب . ولاح للحاضرين شبح الأيس الحاطف فاقشعرت الأبدان . وتحدثت الأسباع وجحظت العيون ، فأن ذكر هذا الداء كافى لالقاء الذعر والرعب فى قلوب السامعين لاعتقادهم أن السل مرض غير قابل للشفاء .

هذا خطأ فادح وضلالة وبعد عن المصاب . فرض السل يمكن الشفاء !  
أنجل هنالك حالات يهجم فيها المرض هجوما لا يقوى الجسم على احتماله ، فيتغلب المكروب على كل مقاومة ويستفحل ويستشرى ويفتك فتكا ذريعا . ولكن هذه حالات شاذة قليلة .

فاذا بادر المرء الى الطبيب على أثر زكام وسعال ونزلة شعبية وحى خفيفة وعرق ليل أو ظهور دم فى البصاق أو فقدان الشهية أو نقص مستمر فى الوزن ولم يهمل العلاج ، فانه رغم من ثبوت الإصابة الدرنية لا ينقضى ردى من الزمن حتى يغلب المرض على أمره ويتأهل العليل الى الشفاء .

ليس السل عصيا عصيا كما القى فى روع العامة . ولا شفائه عسيرا ، اذا بادر العليل الى العلاج . فان العلم بوجود المرض قبل امتفحاله كالعلم بخطوط العدو فى فنون القتال قبل وقوعه . اذا نحن بادرنا الى اتخاذ الحيلة للامور قبل وقوع المخذور واعداد العدة فى أقرب مدة ، جنينا بلا مراة الفائدة المبتغاة .

---

(١) لقد ضمنت الفصول المقبلة بعض التفاصيل العلاجية التى سبق ذكرها فى مواضع مختلفة سابقة فى هذا الكتاب ليصبح للقارئ مجموعة كاملة للعلاج يرجع اليها عند اللزوم .

يتساءل القارى : أين يجب أن يعالج المريض . فى البيت أم فى المصح ؟  
يتوقف ذلك على أمرين : حالة المريض والوسط الذى يعيش فيه .

١ - فإذا كانت الإصابة لا تستوجب علاجاً خصوصياً ، يصعب الحصول عليه فى المنزل وأمكن المريض اختيار مكان يتنزل فيه بحيث لا يستعمل أدوات غيره من سكان المنزل ولا يقبله أحد خصوصاً على فمه ويصق فى اناء مخصوص ذى غطاء محكم لا يدخله الذباب ولا البعوض ، كان علاجه فى البيت والحالة هذه ممكناً . فالمهارة فى استعمال العلاج ، سواء كان المريض فى البيت أو سجين المصح ، يؤدى الى النتائج ذاتها . اللهم اذا اتخذت أسباب الوقاية من مريان العدوى الى الأصحاء ولا سيما الأطفال لشدة استعدادهم ودقة احساسهم ، فمؤلام يعدون عن المريض أو يعد هو عنهم .

أما اذا كانت الإصابة قد قطعت شوطاً بعيداً يستدعى العلاجات المختلفة ، فنقل المريض الى المستشفى أو المصح أنسب وأجدى نفعا .

تشيد بفائدة « العزلة فى رأس الجبل » ونصف هراء المرتفعات النقي للتدور . ولكن لا فائدة كبيرة من ذلك اذا أهملنا وسائل العلاج الأخرى . فأن التغذية فى أماكن قليلة الارتفاع أو عديمة الارتفاع هى أفضل من وجود المريض فى أماكن مرتفعة كثيراً عن سطح البحر بدون تغذية كافية . وهكذا قل عن سائر أنواع العلاج .

٢ - لما كان للأقليم تأثيره فى صحة الفرد ، عنى الأطباء بمعرفة أى إقليم أصلح لحالة الليل وعلاجه وغذائه . أهو المصح أم المعتدل أم الهادى ؟

فبالإقليم المصح نعى الأماكن التى يزيد ارتفاعها على ١٢٠٠ متر كبعض القمم فى جبال لبنان ، وبالمعتدل ما يقل ارتفاعه عن ١٢٠٠ متر . وبالهادى السهول التى لا تعلو عن سطح البحر .



زاور بروخ



تبذل الحكومات والشركات جهودا كبيرة لاقامة المصحات فوق المرتفعات وفي السهول وعلى شواطئ البحار . فهل تأتى هذه المؤسسات دائما بالفوائد التي نرجوها منها ؟ كلا !

لندع جانبا المرضى الذين يرسلون اليها بعد أن يكونوا قد أشرفوا على الهلاك فمؤلا لا ينجع فيهم علاج أينما كانوا . ولننظر الى الذين يرسلون على القوار الى مرتفعات لانقاذهم ولا طاقة لهم بها . فاكل من يلى بالتدريج يقوى على احتمال الارتفاع الجوى الذى يزيد الضغط الدموى فى بعض المرضى ويعرضهم للتزيف الرئوى . لذلك وجب درس حالة المريض درسا دقيقا قبل اختيار الارتفاع الملائم وملاحظة تنفسه ونضه وقلبه ووزنه بعد ذلك . والأسلم عاقبة هو هواء السهول التي لا تملو عن سطح البحر . فانه وان كان لا يجدد نشاطا ولا يحدث رد فعل لتقوية مناعة المريض وتحسين صحته ، فهو دافئ في الشتاء يلائم الضعفاء . ولكن هواء بعض السهول ، كدخال القطار المصري أو القطار العراقي مثلا ، حار جدا في الصيف وجاف ، لا يأتى بالتسائج المطلوبة . وخير منه هواء الشواطئ البحرية .

يرى القارىء من هذه المفاضلات ما يواجه الطبيب من الصعوبات عند النصيح للمريض بالمكان الموافق للاستشفاء . ولا سيما اذا كانت أحوال المريض المالية غير مؤاتية .

٣ - يعرف القارىء الآن أن حمى الدق ( أى التي تتراوح بين الارتفاع والهبوط بعد العرق ) ، لا تلازم كل مصاب بالتدريج فتلزمه الفراش . لذلك نعتبر اصابات التدريج قبل وصولها الى الطبيب ، طبقا لتقسيم الاستاذ نايمان ، على الترتيب الآتى : (١)

---

(١) قابل هذا القول ، بمراحل التدريج الثلاث ، في الفصل السادس .

١ - المتحولة غير المصحوبة بحرارة .

ب - المتحولة المصحوبة بحرارة .

ت - المستريحة غير المصحوبة بحرارة .

ث - المستريحة المصحوبة بحرارة .

فبعد أن تصل الى الطايب وتوضع تحت العلاج ، تقسمها الى قسمين :

١ - المصحوبة بارتفاع الحرارة .

ب - المصحوبة بهبوط الحرارة .

ففي الحوادث المصحوبة بارتفاع الحرارة، يلزم المريض فراشه ولا نسمح له بالتمريض لأشعة الشمس . بل نضع سريره في الظل على شرفة بمعدل عن مهب الهواء الشديد ، كل يوم مدة تختلف باختلاف حالته . فنبدأ مثلا بنصف ساعة ونطيل الوقت تدريجيا الى أن يستغرق النهار بطوله .

أما في الحوادث المصحوبة بهبوط الحرارة فسمح للمريض بالاستلقاء على كرسي مستطيل في الهواء الطلق . وحتى أصبحت حرارته طبيعية سمح له بالمشي على أن يستريح ساعتين قبل الظهر وساعتين بعده ويأوى الى فراشة كل ليلة من التاسعة والعاشر على الأكثر . وكلما تقدم نحو الشفاء ، أكثر التجول وقلل ساعات الفراش .

٤ - التغذية يجب أن تكون فنية واهرة . أى أنه يجب الاكثار من مواد الغذاء الرئيسية الثلاث وهى الزلالية والدهنية والشوية ويضاف اليها العاكة المختلفة . أما التفاح فالأفضل أن يؤكل مع قشره (١) ، مد غسلة جيدا . اذا كان الصحيح يحتاج يوميا الى ٣٠٠٠ وحدة حرارة (٢) لتوليد نشاط

---

(١) يحتوى مشر امتاح على كمية كبيرة من العي . (٢) Heat Calory





برادر



الجسم ، فالعليل المصاب بحمى يحتاج حتى لا يصاب بالهزال بل يزيد في الوزن ، الى ٣٥٠٠ حتى ٤٥٠٠ وحدة أى الى غذاء أوفر . ويعطى المواد الغذائية التى يكثر فيها الفيتامين « ا » و « د » أو مستحضراتها وغيرها من العلاجات المقوية كخلاصة الكبد ومصل دم الخيول .

وبما هو جدير بالذكر ، أن العلاج بالأنسولين ليس مقتصرًا على المسولين المصابين « بالسكرى » ، بل نعطيه كذلك الى الذين لا أثر للسكر فى بولهم . فانه اذا أخذ بعناية وبمقادير قابلة ، يحسن الشهية الطعام ويساعد على زيادة الوزن والمنساعة .

من المستحدثات الطبية الألمانية التى يقال أنها مفيدة جدا غذاء نسميه غذاء زوربروخ وهرمانز دورفر ، كما رأيتاه يعطى فى مستشفى « الشاريتة » فى برلين . وهو طعام بدران ملح . كان بودنجر (١) الألمانى أول من وضع أساسه قائلا : « أن الملح بمفرده يسبب أمراضا أكثر من التبغ والكحول معا . فأيدى مواطنه ما كس جرسون (٢) واقتنى أثرهما هرمانز دورفر (٣) وقربته فى « الشاريتة » تحت ادارة الجراح الكبير زوربروخ .

يتألف هذا الغذاء من نحو ٨٥ غراما من التروجين و ١٧٠ جراما من الدهن والشمع و ٣٣٥ غراما من السكر و ١٠٠ غرام من الخضار و ٤٠٠ من العاكة الطازجة . أما اللحوم الحمراء والسوائل أو المواد الكحولية فتسكاد تكون ممنوعة منها باتا . ولكن السمك مرغوب فيه بكثرة . وقد وفى الألمان هذا الموضوع حقه بكتب عديدة أهمها كتاب للدكتور ما كس جرسون جاء فى مقدمته ما يلى :

يمكننى بعد اجبارات طويلة أن أقول أنه يمكن شفاه امراض السل الشديدة اذا عالجناها بالتدنية بدون ملح وبدون أن نتجهى الى العمليات الجراحية وذلك :  
أولا - اذا كان لا يزال في الرئة أَسْحَة حية عاملة .  
ثانيا - اذا لم يتأخر المريض كثيرا عن الترويع بالملاح .  
ثالثا - اذا كان لا يزال في المريض نشاط وقوة لاعتماد صحته .  
رابعا - اذا كان لم يكن قد طهر في المريض مصاعفات مستعصية على العلاج تحمله بدون جدوى كالأفحار في الاوعية الدموية أو الالتهاب السحائي أو الفساد الشبكي أو الدثوى في الاعضاء الداخلية .  
ثم قل : « لي في هذا التأليف قرصان » .

الفرض الاول: أن أعيد الرضاء والثقة الى قلوب أطباء الامراض الصدرية أثناء قيامهم بواجبهم فلا يفترون المصابين بالتدنية من المالكين ولا يفترون اليأس والقفوظ .  
الفرض الثاني : ازالة الاعتقاد الخاطئ بالادمان وهو أن التدنية بدون ملح لا تشفى السل الرئوي ولا توحده مائة صمد في المستقبل . فكما أن ذات الرئة لا تترك بعد شعاعها مائة صمد ظهورها مرة ثانية كذلك شأن الإصابة الدرية التي تشفى سواء بالتدنية بدون ملح أو بخيرها من العلاجات . فإن المرء يبقى معرضا لظهورها في المستقبل . فلك أريد التشديد في المواظبة على العلاج في الاصابات التي يظهر فيها قابلية للتكس .

فعلى المريض الذي شفى أن يفكر دائما أن قابليته للتكس واحتمال عودة المرض بصطراة الى الاستمرار في التدنية الخصوصية مدة أشهر أو ربما سنوات للحصول نهائيا على إيقاف قابلية للتكس ومنع الإصابة من العودة الى الطهور » .

واذا طلب الى القارىء أن أبدي له رأيا قاطعا في هذا النوع من الغذاء وجدني مضطرا الى الاعتراف باننا لا نزال بعيدين عن الاثام بفائدته للسل الرئوي والسل العظمى ولكنه أسفر عن نتائج حسنة في علاج الالتهابات الدرية الجلدية كمرض الذئبة .

ولا يزال هذا الموضوع بين الاخذ والرد والانكار والتأييد حتى أن أحدهم



کمز



ذهب الى ابعد من ذلك فقال بضرر هذا الغذاء وتبيجه للاجزاء المصابة. وخالفه آخر عبدا له مدعى أن نفعه ، حتى في معالجة السل الرئوى ، أصبح حقيقة ثابتة لا تحتمل الانكار والشك .

٥ - العلاج بأشعة الشمس يعد منها جدا للتحويل الغذائى فى الخلايا ولعمليات الافراز والابراز . وأن من استنبطه الدكتور رولىه السويسرى الذى كشف عن نتائج الحسنة وخصوصا الأشعة فوق البنفسجية .

يستعمل الاستاذ كش (١) فى برلين هذا العلاج فى حوادث السل العظمى ولكنه يعلق أهمية عظمى على الأشعة الحمراء والأشعة تحت الحمراء .

والآن بعد أن انتشر العلم بفائدة العلاج الشمسى ، أصبح الناس يمارسون الاستحمام بأشعة الشمس على شواطئ البحار وفى شرفات المنازل وعلى السطوح وفى الحقول بدون روية ولا تمييز .

أود أن أبين لهؤلاء المجازفين خطأهم الفادح مؤكدا لهم أن حوادث عديدة للتدرن الرئوى كانت كاملة فظهرت من جراء تعرض كهذا لأشعة الشمس .

لا نتلجى الى هذا العلاج الا فى حوادث سل العظام وذلك بكل حرص ودقة فنبداً باصابع القدم مدة لا تزيد على خمس دقائق . ونزيدها تدريجاً ونعرض الجسم أكثر فأكثر ثم نحصر العلاج فى الجزء المعتل . واذا حدث ارتفاع فى الحرارة بسبب العلاج ، وجب الافلاع عنه حالا ، ثم الرجوع اليه بعد مدة كما يترامى للطبيب .

٦ - العلاج بمصباح ثاقى أو كسيد اليكون المتبلور أو بأشعة رونتجن لا يمكننا اتخاذه فى حالات لا تزال فيها الإصابة نشطة فعالة . أى فى الحالات المصحوبة

بارتفاع الحرارة . واذ استعملنا هذا العلاج ، عمدنا أحيانا الى تعريض المصاب بالسل العظمى أثناء جلسات مختلفة الى الأشعة فوق البنفسجية وأشعة اكس بالتناوب .  
٧ - مستحضرات الذهب المستعملة الآن عديدة . وهى من صنع المانيا والدنمرك وفرنسا وإيطاليا . أما فكرة علاج السل الرئوى بها ، فقد خرجت أولا من الدنمرك وتستعمل كذلك لعلاج الرومازم المستعصى والزهرى والجذام وأمراض جلدية أخرى . ولكنها لا تستعمل فى السل العمومى أو الرئوى الموضعى الفعال النشط ، بل فى الحالات التى لا تكون مصحوبة بحمى .

لا يزال العلاج بمستحضرات الذهب ، فى حالة افراز جديد فى الرئة ، موضوع جدل بين الأوساط العلمية الألمانية والفرنسية . فالفرنسية تحبزه فى الالتهابات الرئوية الدرنية الحديثة القليلة الاتساع ، بينما الألمانية تحظر استعماله فى تلك الحالات . غير أن الفريقين متفقان على استعماله فى السل القديم اللبغى المستكن وصل الخنجر والجلد . ويمارسانه بعد حقن الهواء فى تجويف البلورا لأنه يعد عونا لذلك . وعلى الأخص اذا ظهر بعد حقن الهواء ، التهاب فى الرئة المقابلة . ولكنهما يحذراننا من سوء تأثيره فى السكيتين والأمعاء . فقد يسبب فى السكيتين زلزالا وفى الأمعاء اسهالا .

ويعتبر الأستاذ ليون برنارد مستحضرات الذهب علاجا للحوامل المصابات بالتدرن ، خلافا لما يقوله الأستاذ تروم وهو : « أن لاستعمال حلول الذهب فى علاج الحوامل ، نتائج غير محدودة » . وربما عنى تروم بقوله ، الضرر الذى يمكن أن يحدثه هذا العلاج فى الكلى .

تزيد مستحضرات الذهب نزيف الدم فى الحيض لذلك لا تستعمل فى النساء اللواتى يكثر عندهن النزيف الشهرى أو فى سن انقطاع الطمث . أما اللواتى حيضهن قليل فنفيدهن هذه المستحضرات فائدة جزيلة . أما مستحضرات الزئبق ،





موریر



فإن تأثيرها على الاعضاء التناسلية في الذكر أكثر منه في الأنثى . فهي تهيجها في الذكر وتزيد الشبق .

٨ - أجريت في فرنسا تجارب عديدة وفي أوقات مختلفة ، لمعالجة السل بمصل يستخرج من الخيول ، كما تفعل بالدقيريا وغيرها . فلم تسفر الا عن النتيجة ذاتها التي أسفرت عنها التجارب لاجتاد مصل لمعالجة الزهري . أى أنها انتهت جميعها بالفشل . فإن الباشلس أى مكروب السل يحيط به ويحفظه جيدا غلاف شمعى لا تقدر الحوامض أو العقاقير على حله أو انتزاعه عنه بأى تفاعل ، لنصل الى المكروب نفسه . بل يستمر هذا العدو محتبئا في جهازنا . أما المصل الذى استخرجه الاستاذ فريدمان من السلحفاة ، فقد أثبت الامتحان أن لا قيمة له البتة .

٩ - وابتكر الاستاذان بوكه ونيجر (١) العلاج « بالتضاد الكحولى » ، (٢) . وهو تركيب يؤلف من خلاصة باشلس كوخ ، محسولا بالاسيتون أى روح حامض بيرواسيتيك . نصفه للمريض خصوصا بسل الجلد والظلام والغدد والخنجرة بكميات تزداد تدريجيا حقا تحت الجلد مرتين في الاسبوع ، اما نقيا واما محلولاً حلا خفيفا . ونعيد اعطاء الكمية نفسها خمس أو ست مرات قبل أن زيدها سانيمترا مكعبا لا أكثر في الدفعة الواحدة . ونعالج المريض خمسة أو ستة أشهر ، ثم نوقف العلاج لنعود اليه بعد ستة أسابيع .

وعلى الرغم من الزعم أن هذا التركيب لا يحدث أى رد فعل حاد ولا يساعد على إيقاف الالتهابات الدرنية الرئوية القديمة ، فإن الاقتصار على استعماله في الحالات الليفية المستكنة أفضل وأسلم . ويخبرنا الاستاذ كوركوفال الفرنسى أنه تمكن من شفاء ٨٦ في المئة من حوادث سل الغدد التى عالجها كما أخبرنا

الاستاذ أرماند دليل عن حوادث عديدة انتهت على يده بالشفاء .

١٠ - لا تأثير للمواد الدهنية أو الزيتية كمستحضرات الهلبن والستين أو الكولين أو الليتين أو الجاملان في المرض نفسه . ولكنها تقوى الشمية فتزيد وزن المريض ومقاومته ومناعته ضد المرض .

١١ - أما العلاج بحقن البروتيدات ، فيقصد به تنشيط الحركة الحيوية في البروتوبلازما ضمن الخلايا التي يتركب منها جسمنا وتقويتها على مقاومة العدوى .  
١٢ - لما كنت في كولونيا قابلت الدكتور ويدكند فأراني مستحضرات محلول الفحم التي يستعملها هو في علاج التدرن الرئوى . ورأيت يستعملها حقنا في الأوردة كما يستعمل محلول الذهب ولكن ليس لديه بعد أو لدى أى أشخاص آخر ، إحصاءات كافية تشهد بفائدة هذا العلاج .

وبالرغم مما برهنت لنا إحصاءات الاستاذ لایل كنز الانكليزى في كلية كارديف الطبية ، على أن إصابات السل الرئوى في عمال مناجم الفحم أقل وأخف من الإصابات في غيرهم من الناس (١) . يبقى هذا العلاج عديم الفائدة .

وقد قال لنا الاستاذ بنتين الألمانى (٢) :

أن مستحضرات محلول الفحم لا تفيد مرض السل ولكنها تساعد على مكافحة مكروب الستافيلوكوك والستربتوكوك وباشلس القولون وحى النفاس والطفح الدملى والذبحجة الستربتوكوكسية والتهابات حوض الكلية والمجارى البولية التي تحدثها هذه المكروبات .

١٣ - يظل العلاج بالتوبركلين الطريقة المثلى لتعزيز دفاعنا ضد مرض السل .



انفرشت



على أنه يستدعى خبرة واسعة باستعماله والمأما تاما بدقائق المرض وتطوراته، لا يظفر بها الا الاختصاصى. فليس من السلامة اللجوء الى سواه والاستعانة بغيره على استعمال هذا العلاج، لما يصاحبه من الاخطار ويتوقف عليه من النتائج. بعد أن نشر الأستاذ كوخ رسالته المشهورة سنة ١٨٩٠ وأوضح طريقة استعمال هذا العلاج، أجريت تجارب كثيرة في جميع أنحاء أوروبا انتهى أكثرها بالفشل. والآن لا يستعمل في فرنسا الا قليلا بشكل: ه. توركلين س. ل. (٢). أما في ألمانيا، فهو أكثر شيوعا وله أنواع مختلفة، أهمها: ا. ت. ك. (٣). وهو محلول الاستحالة النهائية للبائسل لا البائسل نفسه. ويستغرق تحضيره من ٦ الى ٨ أسابيع.

أريد أن أردد هنا القول باننا لا ندأوى بالتوركلين كل مريض، ولا نعتبره علاجاً عمومياً فمثلاً. فن الخطر استعماله في الحالات الشديدة المصحوبة بافراز. ولا نلجأ اليه الا في الحالات الهادئة وفي التي تكون قد تليفت أى تصلبت فيها الأنسجة. وينبغى ملاحظة رد الفعل الذى يحدثه في المريض، كارتفاع الحرارة أو زيادة انتشار الإصابة.

ندأوى بالتوركلين بطرق مختلفة :

١ - الحقن تحت الجلد : طريقة علاجية سريعة. يعطى بها التوركلين للذين حرارتهم عادية أو قليلة الارتفاع بكميات قليلة تزداد أو تنقص بنسبة هبوط أو ارتفاع الحرارة وبحسب حالة المريض العمومية. تبدأ بعلاج الطفل باعطائه عشر الساتيمتر المكعب (٣) من المزيج المخفف (١:١٠٠) ثم نحقق اسبوعياً كمية أكبر فأكثر عشر مرات. فبعد ذلك نستعمل مزيجاً أقوى نعطى منه مجموعة أخرى من الحقن.

بـ الحقن بين طبقي الجلد : طريقة نخرن بها التوبركلين في المرضى غير المقيمين . أى الذين يترددون على المستوصف أو المصح .

تـ الحقن داخل الوريد : طريقة يتبعها الأستاذ كلاينشيت في مستشفى الأطفال التابع لجامعة كولونيا الأستاذ الكساندر في مصح أغراً في سويسرا . هذه الطريقة تستعمل في حالات التدرن الشديد المنتشر في الرئة التي، لكثرة الالتصاقات، لا يمكن الضغط عليها بحقن تجويف البلورا هواء. وفي داء الخنازير وأى افراز رئوى ليس فيه باشلس كوخ . يعطى في بادىء الأمر البود مع يودور البوتاسيوم بالقلم . ثم يحقن بعد ذلك التوبركلين في الوريد ، مخففاً على ١٠٠ مليون . نبتدى بعشر السانتي متر المكعب ونعيد الكرة ويزيد الكمية كل أربعة أيام الى أربعة أعشار ثم الى خمسة أعشار ثم الى سانيتمتر مكعب . وإذا لم ترتفع حرارة المريض، يعطى هذا المزيج بكمية أكثر كثافة . وتوقف الكثافة على رد الفعل في المريض وعلى ما نعر عليه في رتبته عند الكشف . ثم إذا أردنا بعد ذلك تخفيف المزيج استعملنا كمية من دم المريض نفسه .

ثـ مرهم للدلك : طريقة "اتبعها بتروشكى (١) الذى كان يدلك بمرهم التوبركلين الجلد الى أن يتشربه .

أما مرهم اكتبين - مورو (٢) ، فيحتوى على نوعى باشلس كوخ . البشرى والبقري معاً مع مادتيهما الدافعتين . ويدلك به الجلد ويعطى الغذاء خالياً من الملح في علاج التدرن الجلدى الذئبي واصابات التوبركلويد (٣) ، فيأتى بنتائج حسنة .





کویر



ليس التوربكين في حد ذاتهم دواء شافيا، بل مساعدا للطرق العلاجية الأخرى. فهو يقوى الجسم على مقاومة المرض. لذلك من الخطأ استعماله في الحالات التي يبدو فيها من تلقاء نفسها اتجاه نحو الشفاء. ويجب أن لا ننسى الخطر من تحريك إصابة حية أو من النزيف الرئوى.

١٤ - العلاج بالعقاقير الطيبة : هو ما نلجأ إليه في محاربة الاعراض الأخرى التي تظهر مع مرض التدرن. على أن تضافر الهواء النقي والعامل المحرك (١) والغذاء الجيد ولا سيما الكبد والطحال نيتا ودم الغنم حالا بعد ذبحه، لأفضل وأصلح أنواع العلاج. أما العقاقير، فنما ما نصفه لتخفيض الحمى وإزالة الصداع والأرق وتحريك الشهية للطعام وتخفيف السعال. ويمكن اجتناب العرق في الليل، أثناء النوم بتخفيف الملابس والغطاء.

أن الحقن بالمستحضرات الكلسية في الأوردة يزيل الإفراز والاحتقان في الرئة ويخفف السعال. والعقاقير التي تعالجها اضطرابات المعدة والقلب تختلف باختلاف الحالات. وفي وقت الطمث يكون جسم المرأة سريع التأثير، شديد الاحساس. لذلك نستعمل المسكنات للتنفس عند النزيف الرئوى. وتفضل مستحضرات الكلس والكلودين والكواجولين على الجيلاتين. والتلج يساعد كثيرا على وقف النزيف اذا وضع فوق المحل المصاب.

ينبغي أن لا نكثر من حقن الافيون، فربما انتشر المرض في الرئة عن طريق الامتصاص وكانت النتيجة سيئة.

الخلاصة : في معالجتنا للتدرن الرئوى، يجب أن نضع أمرين نصب أعيننا: الاول - أن لا « نهيج » ولا « نثير » بؤرة درنية حية كامنة في الجسم.

الثاني - أن نشط المقاومة العمومية، ليتمكن الجسم من التغلب على مكروب

التدرن وسمومه.

## الفصل الرابع والثلاثون

علاج السل الرئوى بمحقن الهواء فى تجويف البلورا

أو استرواح الصدر الاصطناعى (١)

حقن الهواء فى تجويف البلورا أو نفخ الصدر أو استرواح الصدر الاصطناعى  
هو ابتكار العلامة الايطالى كارلو فورلانينى (٢) صاحب الفضل الكبير فى مكافحة التدرن ولا سيما التدرن الرئوى. فهو أول من أثبت عمليا فائدة الضغط على الرئة بادخال الهواء فى تجويف البلورا. وأيده بايل الفرنسى (٣)، مطبعا فى مدحه، وحذا حذوه سبانجلر السويسرى (٤) وبراور الألمانى (٥) وغيرهم حتى عمت هذه الطريقة كل بلد وأصبحت أشهر لعلاج للتدرن الرئوى.

لرئة، كما ذكرت فيما تقدم، غلاف ينطليها يسمى البلورا له طبقتان: احشائية تلتصق بالرئة وجدارية تلتصق بداخل الصدر. وهاتان الطبقتان تتزالقان بدون احتكاك أثناء الشيق والزفير. فبادخال أنبوب دقيق كالابرّة فى خلال الاضلاع الى التجويف بين هاتين الطبقتين، ودفع الهواء فيه بآلة مخصوصة لنفخه بحسب الحاجة، نضغط على الرئة ونلصقها بالمنصف الصدرى. وبذلك نعوق حركة التنفس فيها أو نمنعه اذا شئنا. فنخرج الهواء والصدئد ونسدهما أحدثه فيها مكروب السل من حفر وقروح.

بعد البدء بهذا العلاج والضغط على الرئة تربينا أشعة اكس أحيانا فضا

---

Carlo Forlanini— Italy (٢) Artificial Pneumothorax (١)  
Brauer—Germany (٥) Spengler—Switzerland (٤) Bayle—France (٣)

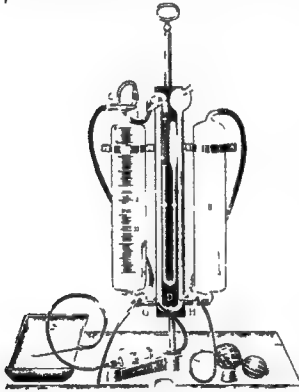


فورلانی



رئويًا كاملاً هابطاً على ذاته دون سائر أجزاء الرئة ، فنجزم بوجود المرض في هذا النقص بكامله . ونسمى هذه الحالة **بمجهوئط الاختياري** . (١)

أما الآلة التي تدفع منها الهواء إلى البلوارا فلها مقياس نعرف بواسطته كمية الهواء التي خرجت منها إلى التجويف وعامود مائي يفيدنا عن الضغط الذي يحدثه الهواء على الرئة . ولها أشكال عديدة معروفة باسماء اخترعها منها نورلاني (الاطال) (كافي الرسم)



جهاز الحقن

وكوس الافرنسي وفون  
مورالك ساوجان وراور  
ولشكه الالمان ولوره  
وغيرهم .

نحصل الابرة (٢)  
حتى نسمع بوصولها الى  
الطبقة البلورية الاحشائية  
فيحل نسيجهما الكثيف  
دون تحاوز هذا الحد  
وحرص الرئة . ويحسن  
استعمال البنج الموضعي  
قل ادخال الابرة . ندير  
مفتاح الآلة لصل العامود

المائي بالابرة المتصلة بهواء البلورا . عندئذ نلاحظ سطح الماء يرتفع وينخفض مع تنفس المريض سيقاً وزهراً . فلم بقوة الضغط العادية . ثم ندير المفتاح ثانية لصل الزجاجاة المملوءة هواء بالابرة الداخلة في مجويف البلورا ، فيرتفع الماء

#### Selective Pneumothorax (١)

(٢) في حسب المرض في العسجة الضخمة الداسة الحمية والهبات قة الرئة ونحوها . وفي  
العسجة الضخمة النائمة في الفرحة الالهية في الثلمات أسهل ازمة وقاعدتها .

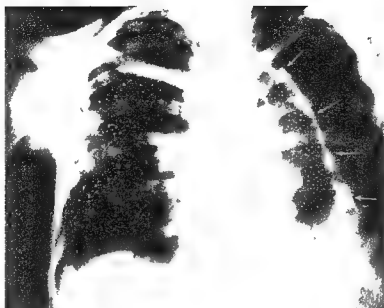
ويدفع الهواء منها الى تجويف البلورا . حيث نذ نوقف العمل ونقيس بالعمود المائى مقدار الضغط فى تجويف البلورا ونعيد الدفع ، فالمقياس بكل دقة وعناية . وهكذا دواليك حتى يتم الضغط المطلوب .

اذا وجدنا العمود المائى ساكنا لا يرتفع ولا ينخفض مع نفس المريض أدركنا أن الابرة هى خارج تجويف البلورا ، فى النسيج الرئوى أو فى التصاقات لمية بجوار الرئة أو مسدودة . فبتين علينا اذ ذلك اصلاح موقعها أو فتح مجراها . زد على ذلك أن دخول الهواء فى أنسجة الرئة خطر على الحياة . فاذا دخل فى وريد أو شريان فربما سبب انسدادا هوائيا أو تشنجا أو شللا أو عى أو غيبوبة أو موتا لذلك يجب أن لا يباشر علاجنا خطرا كهذا الا المتمرنون والاختصاصيون . ولا يزالون فى فرنسا يستعملون الاوكسيجين فى الجلستين الأولين . وفى ذلك حكمة على الأقل فى المرة الأولى لأنه يقلل من خطر الانسداد الهوائى فى الأوردة أو الشرايين .

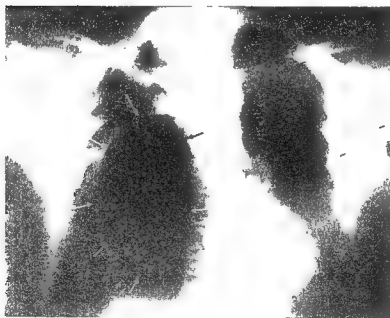
بعد فحص المريض باشعة اكس والتأكد من نجاح العملية ، نعيد الكرة فى اليوم الثالث ونضاعف الهواء الى ثلاثمئة أو أربعمئة سانتيمتر مكعب . ثم نفعل مثل ذلك بعد ثلاثة أيام ثم بعد أربعة وهلم جرا ، حتى نتأكد باستعمال أشعة اكس ، أن امتصاص الهواء أصبح بطيئا وأنه يمكننا الانتظار اثني عشر أو خمسة عشر يوما . وكلما تمكنا من اهباط الرئة استطلعنا أثناء الجلسة الواحدة أن ندخل فى تجويف البلورا كمية أوفر من الهواء . وفى بعض الحالات يسهل علينا ادخال ما يوازى ١٥٠٠ سانتيمتر مكعب من الهواء دفعة واحدة . وانما يجب الحذر من ادخال كمية من الهواء تجعل الضغط ضمن الصدر ايجابيا شديدا يعوق حركة التنفس فى المريض .

قلت فيما تقدم أنه يحدث فى بادىء الأمر امتصاص مقدار من الهواء الذى





حقن الهواء في تجويف البلورا  
وانقلاب الاصابة على أثر العلاج الى جاورسية  
« اسطر الى الحداث »



حقن الهواء في تجويف البلورا  
وعلى اثر العلاج حدث ثقب وانقلاب في النصف الصدري



ندخله . لذلك نكرر نفخ الصدر بدون انتظار مدة طويلة الى أن تصبح البلورا كثيفة قادرة على ضبط كمية الهواء طويلا . ودليلا في معرفة الضغط هو العاود المائى أو أشعة اكس .

بعد نفخ الصدر يخفئ حس التنفس في تلك الجهة . ويصبح صدئ النقر بالأصابع طليئاً عالياً . ثم يقل البصاق والعرق ليلاً أو يزولان وتبهط الحرارة تدريجياً . وحذر من حقن الهواء في العضلات أو تحت الجلد فأن هذا يؤدي الى انتفاخ في النسيج الجلدى الخلوى وتشويه الوجه وغور العينين والفم ضمن الانتفاخ المحيط بها . فاذا حدث ذلك عاجلناه بتشريط الجلد ليخرج منه الهواء تدريجياً .

على أن هنالك - عدا عن ضيق تنفس المريض من اكثار حقن الهواء - خطراً آخر أبعد مدى وهو الارتشاح في البلورا لدقة احساسها ، بما يضطرنا الى الاقلال من ادخال الهواء . فاذا تحول هذا السائل الى مادة صديدية وبقيت ضمن الصدر مدة طويلة ، نشأت مضاعفات علاجية خطيرة الا اذا حدث امتصاص وجفاف وتثبيت الرئة والتقليل من حركتها أثناء التنفس . وهذا ما نرى اليه في عملية نفخ البلورا . وعلى كل حال يجب أن لا نضطرب كثيراً لظهور ارتشاح في تجويف البلورا لأن هذا الحادث كثير الوقوع .

يصب علينا تحديد الاستمرار في نفخ الصدر . فقد لا تتجاوز ستين في الاصابة الموضعية الخفيفة . وأربع سنوات في الموضعية الشديدة . وفي الحالتين يجب أن تتأكد مدة سنة قبل انهاء العلاج أن لا وجود للبائس في البصاق .

لا يزال هذا التجمع علاج للسل الرئوي المنحصب أي الحويصلى المعقد لا الارتشاحى المقترح . فقد دلت الاحصاءات على امكان شفاء ٤٠ في المئة من السل الرئوي المنحصب الحويصلى و ٢٠ في المئة من المنحصب الارتشاحى

و ١٥ في المئة من الارتشاحى المقترح . وهنا لا بد لنا من ذكر هذه الملاحظة المهمة وهي أنه في الإصابات التي يظهر فيها تخفيف وتخويف في رئة واحدة ، يجب الشروع حالا في نفخ الصدر ، الا اذا شملت الإصابة الرئتين معا . وبين هذين الطريقتين آراء وأحكام مختلفة .

عند ما يوجد التصاقات بلورية تشد الرئة الى جدار الصدر الداخلى وتثبتها تمنعها من الهبوط عند النفخ ، نادر الى قطعها باجراء عملية يسميها الألمان «كاوستيك» ، وسأتكلم عنها فيما بعد .

اذا سبب الارتشاح ظهور التصاقات بلورية عند قاعدة الرئة ، يتعذر علينا قطعها لتحرير الرئة ، نحقق التجويف حيثند بالزيت المعقم لوقف نموها وانتشارها والتقليل من تثبيت الرئة .

لا يمنعنا من نفخ الصدر وجود السل في الخنجرة أو في كلية واحدة أو ضغط الدم - اذا لم يكن هذا الضغط بداية اعتلال كلوى شديد - ولكن يمنعنا من ذلك سل الأمعاء أو البريتون أو الجلد أو الكليتين معا أو السلسلة الفقرية والسكري الشديد ومرض القلب مع عدم التوازن فيه وانتفاخ الرئة والربو ، لأن هذه العلل تشتت بعد ادخال الهواء في تخويف البلورا واهباط الرئة وعصرها واخراج محتوياتها .

اذا وجدنا في أسفل الرئة عند قاعدتها التصاقات واسمة الطاق تعوق هبوطها نعد الى عملية قطع عصب الحجاب الحاجز وننفخ الصدر فنحصل غالبا على نتائج مشكورة .

في حالة إصابة جديده في الرئتين معا وظهور تخفيف وتخويف فيهما ، نعد حالا الى نفخ كلا الجنين ونسأل أيهما الافضل ؟ أنفخهما في آن واحد أم جنبا

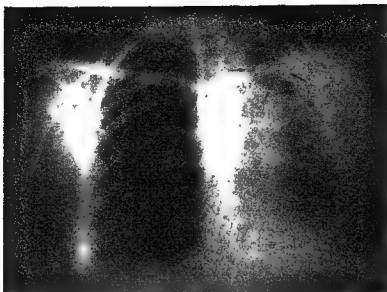


حقن الهواء عبثا في تجويف البلورا اليسرى  
ولكثرة الالتصاقات لم تهبط الرئة

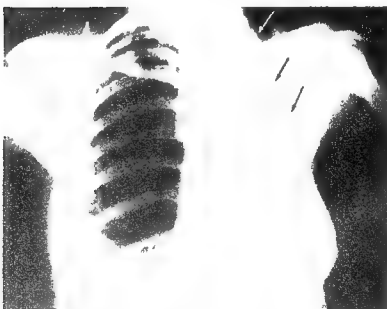


عولجت هذه الحادثة باستئصال الاضلاع  
كما يرى القارىء في الجزمة اليسرى





سل رئوى مع حفرة والتصاقات  
في أعلا الرئة اليسرى



تعذر علاجها بحقن الهواء فعولجت  
باستئصال الاضلاع





بعد آخر ؟ - يرجح أن نفخ الجنين في آن واحد، أحسن نتيجة .  
ورب سائل يقول . « كيف يستطيع المريض أن يتنفس بنفسه رثة ؟ »  
وجوابا على ذلك نقول : « لا يمكننا على كل حال افراغ الرثة من الهواء افراغا  
تاما . فاذا افرغنا الرتتين نسييا باهباطهما، الزمنا العليل الفراش ومنعناه من المشي  
الا يبطء . ولا نفرغهما اذا كان انتشار المرض فيهما واسعا مصحوبا بارتفاع  
في الحرارة أو متجها الى تسميم الدم .



## الفصل الخامس الثلاثون

### علاج السل الرئوى الجراحى

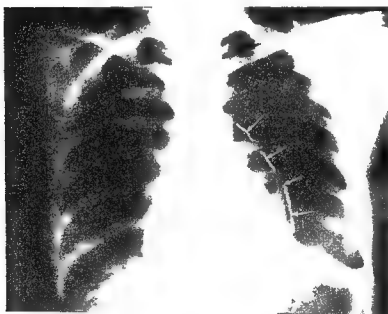
#### ١ - عملية قطع الالتصاقات .

جاء فى فصل سابق أن حقن البلورا يسبب فى الرئة هبوطا كاملا أو جزئيا طبق المراد . وبحول دون تمامه المقصود أحيانا التصاقات بلورية متفاوتة الحجم والعدد، تربطها بالرئة وتشدّها الى جدار الصدر . فإذا كانت ضعيفة فصلها شيئا شيئا ضغط الهواء الدافع المحقون . وإذا كانت غليظة لا ينفع معها دفع الهواء ، عمدنا الى عملية جراحية دقيقة سميت باسم مستنبطها الأسوجى « جاكويوس » (١) . ويسمى الألمان « كاوستيك » ، وهى عملية قطع الالتصاقات البلورية . أما اذا اتسعت هذه الالتصاقات اتساعا لا تجدى معه العملية نفعا ، كان لا بد عندئذ من قطع عصب الحجاب الحاجز . وفى الحالات القصوى نستأصل الأضلاع ونزق الصدر .

نرى بأشعة اكس الالتصاقات التى تحول دون هبوط الرئة ، تبدو كالحبال المشدودة متفاوتة الحجم دقيقة أو غليظة ، طويلة أو قصيرة . تمتد الى داخلها أحيانا أنسجة رئوية محفوظة لا بد من الانتباه اليها لاجتناب قطعها فى العمليه . بعد أن نفتح عمرا بواسطة آلة حادة نفرزها بين ضلعين فى الصدر أو فى الجنب على بعد سنتيمترين من موضع الالتصاقات التى نود قطعها ، ندخل مجلاة دقيقة مستطيلة تشبه مجلاة أو منظار المثانة ، فى رأسها مصباح كهربائى صغير . نرى بعدسة المجلاة وعلى نور مصباحها الموضع المطلوب . ثم نفتح عمرا آخر



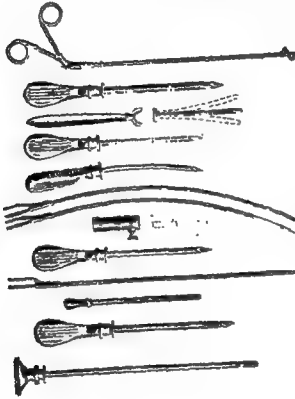
التصاقات تمنع الرئة من الهبوط على نفسها  
بالرغم من حقن الهواء في تحويف اللورا



قطع الالتصاقات وهبوط الرئة على نفسها  
عند ادخال الهواء في تحويف اللورا



بالقرب من الأول وتدخل سلكاً من البلاتين مستطيلاً يتصل بطارية كهربائية عادية .



### الاسلحة

قطعها منعاً للتزيف . ثم يرسلون الجرى الكهربائي الى سلك البلاتين فتشند الحرارة فيه ويقطعون الالتصاقات به ولو كانت بحجم قبضة اليد، اذا أعادوا الكرة، كما قال لي الدكتور ماورير (١) . أما الألمان - كما يشدد الأستاذ أنفرشت في تعليمه (٢) - فيخافون التذيق أى الضغينة أو الآكلة في الالتصاقات الغليظة اذا حاولنا قطعها مراراً . وقد جربت بنفسى الطريقة الألمانية في برلين ورغمما من اقدامى على استعمال الميسم الجلواني (٣)، لم يحصل أى نزيف بعد قطع الالتصاقات الرقيقة والمتوسطة . لكن الدكتور هاتسون فى الولايات المتحدة يستعمل بدلا

(١) G. Maurer - Davos (٢) W. Unverricht-Berlin (٣) Galvanic Cautery

من سلك البلاطين، مشرطا صغيرا كبر بانياسريعا بعد تجميد الانسجة بالترصيف (١) وهكذا فان قطع الالتصاقات يطلق الرئة من قيودها، فيمكننا من نفخ البلورا بسهولة. أما اذا لم تتمكن من قطعها لكثرتها أو كبر حجمها، عمدنا الى قطع عصب الحجاب الحاجز واستئصال جزء منه أو حشو الرئة أو رقع الصدر.

#### ٢ - قطع عصب الحجاب الحاجز :

أول من أقدم على قطع عصب الحجاب الحاجز هو الأستاذ ستوارتز في فينا (٢) سنة ١٩١٠ .

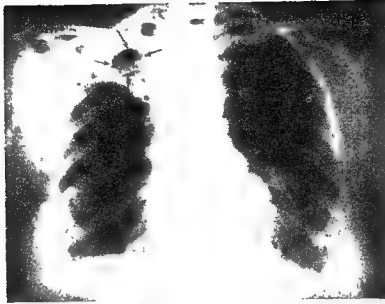
هذا العصب الموجود الى جانبي العنق والذي نسميه عصب « بل » (٣) أو عصب التنفس الداخلي، يسير سيرا عميقا في العنق منحذرا الى أسفل وعرضنا فوق العضل الأخمى الأمامي. ثم يدخل في جوف الصدر مارا أمام الرئة وينتهي بفرعين في الحجاب الحاجز. وجاء الأستاذ دوشين البولوني مبرهنا لنا على أن كلا من جهتي الحجاب الحاجز تتحرك مستقلة عن الاخرى. وبذلك أوحى فكرة القطع الى الأستاذ ستوارتز بعد أن برهن على أن قطع عصب الحجاب في الجهتين من العنق وإيجاد الشلل في الحجاب كله لا يؤدي الى الموت. ثم استعملت هذه الطريقة لشل حركة التنفس في رئة واحدة في بعض حالات السل الرئوي. وفي السنة التالية حذوه الأستاذ شتوتز. وما اقتضت سنة ١٩١٣ حتى كان الأستاذ زوربروخ الالماني (٤) قد نشر أراءه بعد خمس عمليات قطع فيها هذا العصب، مشيرا الى الفوائد الجمّة التي نشأت عن القطع.

تقطع عصب الحجاب في الحوادث التي نجد فيها تجويفا في أعلى أو في أسفل الرئة. وعلى الاخص اذا كانت قاعدة الرئة ملتصقة بالحجاب الحاجز. وهذا القطع لا يكون له أقل تأثير اذا كان التجويف والتخفيف في سرة الرئة - أي

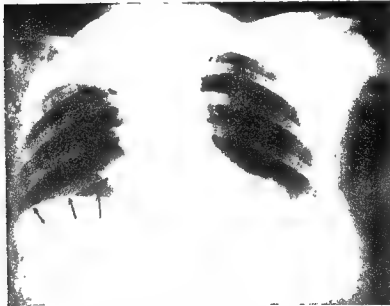
---

Bell (٣) Stuartz-Vienna (٢) Diathermy (١)

F. Sauerbruch-Berlin (٤)



حفرة في اعلا الرئة اليمنى  
(تحت الترقوة)



عولجت الحفرة بقطع واستئصال عصب الحجاب الحاجز  
لاحظ كيف ان ارتفاع الحجاب في امه ايمنى قد سبب  
احتشاء الحفرة





بالقرب من دخول شعبة القصبة الهوائية إليها - لان ارتفاع الرئة بعد شل الحجاب الحاجز لا يضغط على هذا الجزء الرئوى . أما فى الحوادث المزدوجة التى تشتت الاعراض فى جهة منها أكثر من الجهة الاخرى وفى النزيف الرئوى وفى حوادث الديلة الدرنية (١) وعلى الاخص اذا كانت مصحوبة بناسور فى جدار الصدر ، فالقطع يأتى بنتائج حسنة .

وقد ظل الجراحون الى سنة ١٩٢٢ يقطعون العصب ، فيعود الى النمو والالتحام . ويعود الحجاب الى عمله السابق ، حتى استتبط الطيبان الالمانيان - فيليكس وجوز - طريقة قطع عشرة ستيمرات منه عند العنق ، فحال ذلك دون الالتئام .

بعد هذه العملية نجد الحجاب ثابتا عند الزفير لا يتحرك . مما يدل على أن نصفه الذى كان متصلا بالعصب المقطوع أصبح أعلى من النصف الآخر . ويتم ارتفاعه الى أقصى علو بين الشهر الثالث والسادس بعد العملية . وهكذا يضغط بارتفاعه على أنسجة الرئة ضغطا نسبيا .

أن نفخ البلورا عند خلوها من الالتصاقات ، يمكننا من ابطاء الرئة هبوطا تاما . واستئصال الاضلاع أو رفع الصدر يهبطها نصف هبوط . أما قطع عصب الحجاب فيأتى بأربعة أو خمسة أو ستة أعشار هذه النتيجة الاخيرة . لذلك نعتبر عملية قطع العصب أقل فائدة من العلاجات السابقين وغير مؤدية الى الشفاء . ولكنها تساعد على تكوين الانسجة اللبية وتحضير المريض لعملية يرقع الصدر . وعلى الاخص اذا عمدنا إليها فى حوادث النفخ التى لكثرة الالتصاقات لا تهبط الرئة فيها وهما لرغبنا .

من الخطأ استئصال العصب من الجهتين وشل حركة الرئتين . اذ أتت

---

(١) تجمع مادة صديدية دنية ضمن تجويف البلورا .

بهذا العمل نحكم بقاء المريض طول حياته عالة على غيره .

### ٣ - حشو الرئة :

نلجأ الى هذا العلاج عند حصول التجوف في سطح الرئة . فبعد تعيين مركز التجوف بالاشعة ، نستأصل ضلعاً أو ضلعين فوقه ونخترق اليه أغشية البلورا بعد رصفها ونملأ الحفرة بسائل من البرافين نمزجه باليودوفورم أو بعقاقير أخرى تمنع التعفن فينصلب هذا السائل ضمن الحفرة ويضغط على أنسجتها المجاورة . أن هذه العملية كما دلتى التجارب والمشاهدات قلما تأتى بالنتيجة المطلوبة ، بل يبقى باشلس كوخ في البصاق . ولكنها تكون مفيدة في اصابات تمدد الشعب في أسفل الرئة حين لا يظهر باشلس كوخ ( في البصاق ) .

### ٤ - استئصال الاضلاع أو : ترقيع الصدر .

هذا آخر سهم في الكنانة نعالج به السل الرئوى الليفى المزمن . ونلجأ اليه بعد فشل علاجي النفخ وقطع العصب ، لا قبله .

سميت هذه العملية كما سهاها مبتكرها « استلاندر » (١) بعملية « البلاستيك » . وقد أيدها الاستاذ سارافيل سنة ١٨٨٥ فلم تحز كتابته عنها قبولا . وتلاه الاستاذ كوينكى ، سنة ١٨٨٨ . فالاستاذ كارل سبانجلار ، سنة ١٨٩٠ . فالاستاذ براور . فالاستاذ فريدريخ . فالاستاذ موشهايم ، سنة ١٩٠٣ . فالاستاذ ولمز ، سنة ١٩١١ ، متبعا طرقا دقيقة سليمة . الى أن ظهر الآن « زوربروخ » الالماني ، بطل جراحة الصدر . بدأ عمله في زوربخ في سويسرا ثم انتقل الى مونيخ في ألمانيا ثم الى برلين ، مستصحبا الدكتور هنرى شاول العربى اللباني (٢) الذى يعاون زوربروخ في جراحة الصدر بمقدرته المعروفة في التشخيص بالاشعة .

(١) Estlander (٢) H. Chaoul-Berlin طبيب الاشعة و القاهرة سابقا والذى صار فيما بعد استادا المانيا . ولا يزال للآن مديرا لمعهد روتغنن الشاريتيه ، في برلين ، بحساب الاستاذ زوربروخ .

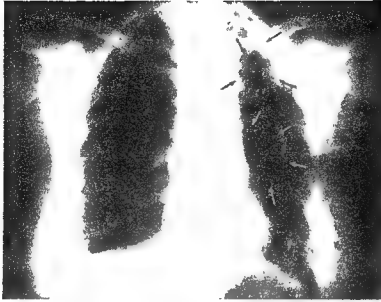


حفرة في اعلا الرثة اليمنى



اختفاء الحفرة بعد حشوها



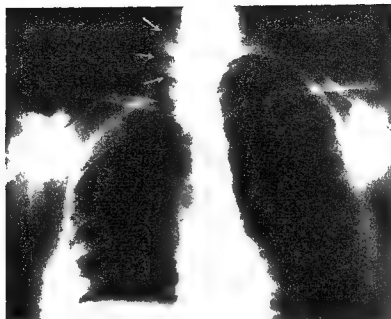


حفرتان في الرئة اليسرى  
ولكثرة الالتصاقات لم يتمكن من حقن الهواء وتبسط الرئة



الاصابة بعد علاجها باستئصال الاضلاع  
وشفاء المريض





استئصال الضلع الاول اليمين  
( Graffsche Plastik )



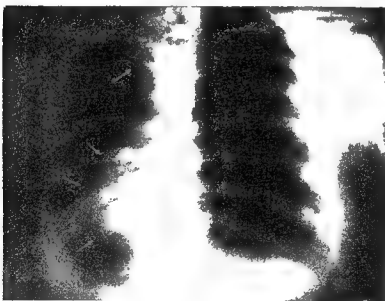
استئصال الاضلاع العليا من ١ - ٨







ارتشاح صديدي في تجويف البلورا الايمن

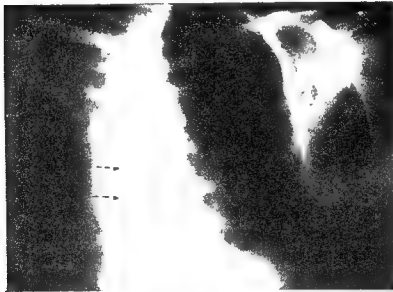


اصابة عمومية في الرئة اليمنى  
اشتد فيها التقلص فقلت القلب وظهرت كآنتها اصابة يسرى



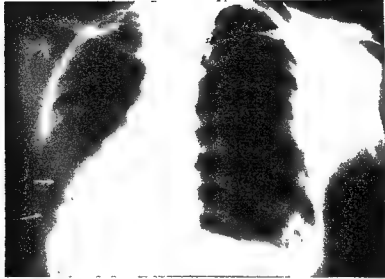


عواجم الارتشاح الصدیدی الأيمن باستئصال  
الاضلاع خارج البلورا  
انما لم يمكن تهبط الرئة تماماً كما يتبين للقارىء من الفراغ المشار اليه

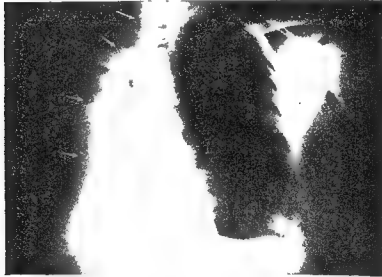


بعد اجراء عملية جراحية ثانية داخل البلورا  
هبطت الرئة تماماً فاخفى الفراغ كما يرى القارىء





عولجت الإصابة العمومية اليمنى ( التي تظهر كأنها يسرى )  
 بقطع عصب الحجاب الحاجز ( استعدادا لاستئصال الاضلاع )  
 فارتفع الحجاب كما يراه القاري .



بعد ستة شهور قطعت واستئصلت الاضلاع  
 في الجهة المصابة من أسفل الى أعلى وتم شفاء المريض .



أما الطريقة التي تتبعها الآن على الغالب فهي طريقة زوربروخ، مع التعديل الذي أدخله عليها جراحو الممالك المختلفة كالاستاذ بيرار (١)، بطل جراحة الصدر في فرنسا. واليك وصف العملية كما رأيت زوربروخ يجرها .

يحقن المريض بالبنج الموضعي دفعة واحدة فوق الاضلاع وتحتها. ويشترط جلد الظهر منحرفاً، ثم يقطع من الاضلاع ما يراد قطعه مرة واحدة أو مرتين ابتداء من أسفل. وتزال الاضلاع الامامية وأحياناً مع الخلفية. أما الضلع الأول أى الأعلى، فيستأصل بعملية مخصوصة تسمى استئصال كرافشه (٢).

دعيت مرة لمساعدة الدكتور مورير (٣)، فوجدته في استئصال الاضلاع يتبع طريقة مختلفة عن طريقة الاستاذ زوربروخ. فبدلاً من شرط الجلد طولاً ومنحنيًا - كما يفعل زوربروخ الذي يتبع طريقة بوانان كما شرحها كورده - شرط أقياً على حدود عظم الكتف، بعد حقن البنج موضعياً. فمن هذه الفتحة تحت عظم الكتف، حقن البنج في الأنسجة العميقة ويمكن من الوصول الى أعلى كما وصل الى أسفل. وسهل عليه كذلك استئصال الضلع الأول. ولاحظت أنه لا يقطع الاضلاع بل يمتسها من أصولها فيقلعها قلماً من فقرات السلسلة. وهذا ما يساعدنا حقيقة على اهباط الرئة اهباطاً كاملاً (٤).

وقبل ختام هذا الفصل الأخير، أود أن أذكر الجراح البارع كوير الهولاندى (٥) الذي يرى القارىء رسمه ضمن الفصل الثالث والثلاثين والذي كان أول من اشتغل بجراحة الصدر في بلاده وكتب عنها باللغة الهولاندية .

لقد رأيت أثناس زيارتى له في الهامى، من العمليات الجراحية المدهشة والتأليف الطيبة الفذة القيمة والترتيب المتقن في القسم الجراحى من مستشفى القديس يوحنا حيث هو الرئيس، ما يضطرنى أن أضع اسمه بين أساطين هذا الفن.

---

Graffische Plastik (٢) L. Berard—Lyon (١)

(٣) A. Maurer—Paris : رئيس قسم جراحة الرئة بمستشفى لايتك في باريس .

(٤) زيادة الايضاح بحسب الروم ان التأليف الفنية في هذا باب للاستاذ زوربروخ في الصريفة

اللاتينية والاستاذ بيرار في الصريفة الانجليزية . (٥) J. Kuijzer—the Hague

## كلمة المؤلف

تم وضع هذا التأليف في الشهر الثاني من سنة ١٩٣٨ ميلادية ، بعد أن عانيت مشاق الأسفار مدة أربع سنوات متواصلة ، قمت في أثناءها بدروس ومطالعات وزيارات خصوصية للمعاهد الطبية في مختلف أنحاء القارة الآوربية. وغرضي من هذا العمل خدمة الشرق العربي الذي انتسب اليه ، راجياً أن يحوذ كتابي هذا قبولا عند أبناء أمتي ويكون حافزاً لأطباء آخرين ، من بلاد الهند الى بلاد المغرب ، على الخوض في هذا الموضوع ومعالجته بما يقتضى المقام من البحث والتحقيق والله ولي الأمر والتوفيق ؟

فيليب الشرباش



## الفهرست

صفحة	
٣ - اهداء الكتاب	
٥ - ذكرى	
٧ - المقدمة	
٩ - تفسير مرض السل	

صفحة

### الفصل الاول

١١

بحث عام : كيف يفهم العوام مرض السل .  
شكل مكروب السل . - كيف يظهر لنا تحت المجهر . - حياته . - مناعته .  
دوره الظاهر : انتشاره في البشر الحيوانات . - دور كوخ .  
دوره الخفي : انتشاره في جسم الأم وانتقاله منها الى الجنين . - دور فوتس .  
اختلافه عن الزهري . - اختلافه في الشعوب . - أي متى ينقلب الى عدو  
مضر في الجسم .  
ماذا يقول الأستاذ كنز في كارديف .  
رسوم : كوخ - فوتس .

### الفصل الثاني

٢٤

العدوى والسن : تقسيم العدوى الى الصاعق والكامن الفعال والكامن  
غير الفعال . - تعداد الاصابات بالنسبة الى العمرين ١٤ و ١٥ وبالنسبة  
لهذا التقسيم . - انتشار السل في القطر المصري . - ما الذي عمل لغايه الآن

صفحة

لجاربته . - احصاء انتشار الباشلس في القطر المصرى .  
رسوم : فالتس - أباطه .

### الفصل الثالث

٣٢

العدوى وطرق مقاومتها : المقاومة بواسطة البنية العمومية وشرحها . -  
المقاومة بواسطة التفاعل والتأثير الموضعى وشرحها . - العقدة الجاورية . -  
لقاح ب . س . ج . - افادة اللجنة الدائمة للصحة العامة في جنيف . - من  
يجب أن يلقح ومن لا يجب أن يلقح من الأطفال . - استعمال التوبركلين  
في كولونيا . - حادثة لوبك . - محلول الكلس . - الفيتامين . - محلول  
الذهب . - ترتيب الزرع والسل . - غبار الفحم والسل . - هل سوف  
نستعمل محلول السليسيوم ؟  
رسوم : فيرشو - كالت .

### الفصل الرابع

٤٥

السل الرئوى أو السحاف : يبدأ في الطفولة ويعود الى الظهور في سن  
المراهقة . - تأثير افرازات الغدد التناسلية في ظهوره . - حالة الاحساسية  
ونظرية كوخ وتفسيرها . - تقسيم الفرنسيون لمراحل السل منذ أيام  
لاينك . - تعاليم ليون برنارد . - أنواع الالتهابات التي يحدثها  
المكروب . - ظهور الاصابة غالباً في الجزء الاعلى من الرئة اليمنى . -  
لماذا ؟ - اذا كان أعلا الرئة مريضاً تكون الأنسجة العميقة علياً أيضاً . -  
ضرورة الكشف على أعماق مختلفة . - الجهاز الذي ابتكره الأستاذ  
هنرى شاول العربى اللبناني في برلين . - اصابة والاختقان المبكر كما يقول

الألمان دوما بين الترقوة والسرقة كما يقول الفرنسيون.. علامات الالتهاب في الأنسجة الرئوية.. رسم أنواع الالتهابات فيها.. طريقة تسرب الباشلس الى أنحاء الرئة.

رسوم : شاول .

رسوم أشعة : رتتان سليمان . - عقد درنية في بزة السرة اليمنى . -  
إصابة مرتشحة . - إصابة منبجة . - إصابة ندية . - إصابة رئوية  
زهريّة . - خراج ما بين القصين - مرض الفطر ( اكتينوميكوز ) .

## ٦٢ . الفصل الخامس

النزيف الرئوى : كيف يحدث النزيف .. ما الذى يسببه .. فى أى  
الفصول يكثر وقوعه .

رسوم أشعه : حفرة رئوية يمنى سببت نزيفا .. حفرة لم تسبب نزيفا .

## ٦٨ الفصل السادس

مراحل السل الرئوى الثلاث : كيف تبدى الناس رأيها اعتباطا وكيف  
يجب أن نفهمها . - كيف نرى التعقد الابتدائى ( التلقح ) . - تفسير  
مرحلة الاحساسية ( الانتشار ) . - تفسير مرحلة المناعة النفسية ( التكلس ) . -  
خوف الجمهور من بصب الدم .

رسوم : فون رانكه .

رسوم أشعة : التعقد الابتدائى ( المرحلة الأولى ) .. عقد متكلسة فى قمة  
الرئة ( المرحلة الثالثة ) .. الاحتقان المبكر . - تطور هذا الاحتقان  
( المرحلة الثانية ) .

## الفصل السابع

تدبرن البلورا أو ذات البلورا الدرفى: العوامل التى تسبب فيه التغيرات المرضية (الباثولوجية) .. الاصابة أولية أو ثانوية .. أنواع الالتهاب : جاف ومرتشح (أنواع الارتشح) .. ثقب الرئة .  
رسوم أشعة : ارتشاح صديدى أيمن .. عولج باستئصال الاضلاع .

## الفصل الثامن

مزج البلورا أو استرواح الصدر الذاتى : لماذا وكيف يحدث دخول الهواء الى تجويف البلورا .. قاعدته قليلة .. أخطاره كثيرة .  
رسوم أشعة : حادثة استرواح نمرة ١ .. حادثة استرواح نمرة ٢ .

## الفصل التاسع

بحث آخر عن التهابات البلورا وعلاجها : أين نجد الافرازات البلورية بالنسبة الى الرئة .. تغير مركز القلب فى المنصف الصدرى .. ضرورة الكشف بالأشعة .. الاتجاه الى البزل .. الالتهاب بين فصوص الرئة .. تصوير المريض وهو مائل الى جانب واحد .. كيف تصبح البلورا كثيفة .. ظهور الالتصاقات داخل الصدر .. تطور الأنساج الى ليفية .. الانكماش والشد على الاضلاع والتضييق فى القفص الصدرى .. لماذا يحدث الارتشاح فى تجويف البلورا .. أى متى لا يجب أن نزيل الافراز .. العلاج بالأشعة البنفسجية .. ازدياد الافراز فى مدة الطمث .. ماذا نفعل فى حالة ثقب الرئة .. القواعد الثلاث لتقليل الارتشاح ..

صفحة

## الفصل العاشر

٩٨

كيف نجنب العدوى : السل في بلاد المجر . - ما هو السبب ؟ . - بعض الحالات التي تقلل من مناعتنا ضد باثلس كوخ . - الزكام المبهمل . - فقر الدم الأخضر أو الأنيميا الخضراء . - فقر الدم البسيط والحديث . - داء الخنزير ( الخنازير ) . - شرحها .

## الفصل الحادى عشر

١٠٧

التنرون خارج الجهاز الرئوى . تقسيم سل الجلد الى : الحقيقى والشييه بالحقيقى والمبهم .

## الفصل الثانى عشر

١٠٨

السل الجلدى الحقيقى : مصادر العدوى الثلاث : عدوى اللمس الخارجية . العدوى الذاتية . العدوى الداخلية بالدورة الدهوية . - مرض الذئبة . - اشتراكاتها : ( السرطانية . الاحشائية . الثانوية . النوبات الحادة . ) . - النوع الجاورسى المتبثر . - الحبيبي المستدير . رسوم : سل الجلد الذئبي . - سل الجلد الجلذامى . - سل الجلد المتبثر الحقيقى الجاورسى .

## الفصل الثالث عشر

١٣٣

سل الجلد الشييه بالحقيقى : الاختلاف بين الأستاذ الكماندر فى أغرا والأستاذ فانوس فى معهد باستور . - السل الجلدى الشييه بالحقيقى

صفحة

المتعدد الأشكال . - الإصابة التوركلدية الحليمية النخرية . - لحمية  
بوكشه . - الطفح الوردى المتصلب . - السل الجلدي الحصري العمومي .  
السل الجلدي الحصري الملطف . - الشامة الحصرية ( لبازان ) . -  
خنصر الأطراف الشديد .  
رسوم : الكساندر .

### ١٣١ الفصل الرابع عشر

السل الجلدي المبهم : لحمية بوك ، المضاعفة غير الخبيثة . - السل الجلدي  
المتصلب . - السل الذئبي المحمر . - ذئبة هبرة ، المحمرة أو سيلان  
دهني احتقاني درني .  
رسوم : الطفح الوردى المتعدد ( لا علاقة له بالسل ) . - سل الجلد المحمر .

### ١٣٩ الفصل الخامس عشر

علاج سل الجلد : الأقسام الثلاثة التي نبني عليها مختلف طرق العلاج . -  
الأساليب التسعة التي تتبعها : الاستئصال . - الكحت . - انقشريط . -  
الكي الناري . - الكي الكيماوي . - علاج قنسن . - أشعة اكس . -  
العلاج بالعقاقير . - العلاج بالتضاد الكحولي . - العلاج بالغذاء الخالي  
من الملح . - علاج سيفي وشالار بالتوبركلين في لوزان .  
إيضاحات عن : مصباح قنسن . - مصباح كروماير . - مصباح يوسيونك .  
جهاز بوكي للأشعة المحدودة .  
رسوم : قنسن .

### الفصل السادس عشر

السل العظمى : انتشار الإصابة بالهورة العموية وبالملاسة . - سل السمحاق . - سل العظم . - سل النخاع العظمى . - سل المفصل : ( التصبب . الحبيبي . الصديدي المتجن . ) . - جدول السل المفصلي بالنسبة الى الاعمار . - سل الكيس الزلاالى العمدى . - سل غمد الاربطة : ( التهاب مع تصبب . - قورم كنمو غريب ) .

### الفصل السابع عشر

بحوث أخرى فى السل العظمى وعلاجه : أهمية أشعة اكس فى تشخيص المرض . - التغذية بطعام خال من الملح . - العلاج الأقليمى . - قلة فائدة التوبركلين ومحلول الذهب فى مثل هذه الحالات . - التضاد الكحولى . - الاحتقان المنفعل . - زى الى التصلب فى المفصل . - تفسير العوام لاصابات السلسلة الفقرية والورك .  
رسوم : رولىه .

### الفصل الثامن عشر

السل فى بعض الاعضاء الرئيسية الباطنية : سل البريتون أو الهرب : ( التهابات موضعية . شاملة . جافة . مرتشحة ) . - يشند فى أيام الطمث . يكثر فى الشبابات . - سل الكبد : ( ثانوى التقلص . التشمع . التشمع ) . سل البتكرياس والسكرى العضال . - سل الطحال : ثانوى . - سل الجهاز الهضمى : المعدة . - الامعاء الدقاق : الخثر . - الامعاء المعلاظ : ( القرصى . الأعورى . الودى . الشرجى ) .

صفحة

## الفصل التاسع عشر

١٧٣

القلب والسل : حالة القلب . - مركز القلب . - سل القلب :  
( التامور . عضل القلب . بطانة التجاويف ) .

## الفصل العشرون

١٧٦

سل العين : النشاء المخاطي أو الملتحمة . - القرنية . - شبكة العين . -  
عصب النظر . - حجاج العين أو محجر العين .  
سل الأذن : الخارجية . الوسطى . الباطنية .  
سل الأعصاب : وحدات النسيج العصبي . - تورم المحور .

## الفصل الواحد والعشرون

١٧٩

السل السحائي : الأم القاسية . - الأم الحنون . - السحايا الدقيقة العنكبوتية . -  
الاصابة بواسطة البورة الدموية وأحيانا البغوية . - أسباب الاصابة . -  
التفريق بين الالتهاب والاصابة الجاورية . - اعراض المرض . - علامة  
« كرينج » . - تنفس « تشيني ستوكس » . - للمرض ثلاثة أدوار . -  
يكثر حدوثه في الأطفال . - جدول علامة السل السحائي والجاورسي  
في سن الطفولة . - صعب الشفاء . - وجوب تخفيف الآلام وادخال  
الرجاء الى قلوب أهل المرضى .  
رسوم : ليون برنارد .



## الفصل الثاني والعشرون

١٨٧

سل الحنجرة: الأوتار الكاذبة . - الأوتار الحقيقية . - الاصابة أربعة أنواع: المحتقن . المتقرح . الملتب . المتورم . - التفريق بين اصابات: السرطان والزهري والسل .

## الفصل الثالث والعشرون

١٩٣

التدرن في المجارى البولية . سل الكلى : ما هي الكلى . - الاصابة على ثلاثة أنواع: جاورسية . أولية . امتداد من أسفل الى أعلى . - اعراض المرض . - التفريق بين الحصى والسل في الكلى . - العلاج .  
سل المثانة : ثانوي . - علاقته بتدرن الاعضاء التناسلية بالذكر . - كيف تظهر لنا الاصابة . - اعراضها . - علاجها .  
سل المبولة : ثانوي . - علاقته بقدة المثانة . - يظهر في المبولة عقد جاورسية وأحياناً خراج كبيرة .

## الفصل الرابع والعشرون

٢٠٠

سل الاعضاء التناسلية . في الاثنى: قناة فلويدوس واصابتها أكثر من كل جزء من الجهاز التناسلي . - المبيض . - المشيمة .  
في الذكر: الخصية . - البرنخ . - البروستات . - الحبل المنوى . - الحويصلات المنوية .  
نجد السل في الاعضاء التناسلية والمجاري البولية في الذكر . في آن واحد ، لاتصال بعضها ببعض .

صفحة

## الفصل الخامس والعشرون

٢٠٦

السل والزواج والخل: أى متى يمكن السماح للمصابة أو للمصاب بالزواج..  
وجوب تعقيم النساء المصابات بالسل .  
رسوم : جرائمه .

## الفصل السادس والعشرون

٢١١

السل والغدد الصم : الغدة الدرقية . - جارات الدرقية . - الغدة النخامية .  
الغدة الصنوبرية . - الغدة الصعترية ( التيموسية ) . - ما فوق الكلوى .

## الفصل السابع والعشرون

٢١٧

أمراض أخرى وتأثيرها على السل : الزهري يفرى السل بنا فى مرحلته  
الاولى ومرحلته الثانية . - الملاريا . - السكري . - الربو .

## الفصل الثامن والعشرون

٢٢٠

التدرن الطفلى : - الواقيات . - اختلافها عن المصححات . - مؤسسات  
جرائمه . - الممرضات العائلات . - التلقيح بلقاح ب . س . ج . - من  
يجب ومن لا يجب أن يلقح من الاطفال . - كيف تظهر العدوى فى  
الاطفال . - العقد (الكعوب) على ثلاثة أنواع . - الاحتقانات فى الانساج  
على ثلاثة أنواع . - المدة اللازمة للشفاء .  
رسوم : أرماند دليل .

رسوم أشعة : اصابة طفلية ترقوية قصية بمنى عليا . - اصابة طفلية ترقوية

صفحة

قصية يبنى تنشر الى أسفل . - اصابة طفلية ترقوية قصية يسرى تنشر الى أسفل . - تمدد الشَّعْب مع تمزيق الانساج الرئوية وحقن يودين أو ليبيودول .

## ٢٣٢ الفصل التاسع والعشرون

التدرن الطفلى فى الكبار : نجده فى الاجناس الذين لا مناعة لهم . - وهو على ثلاثة أشكال . - اعراضه عديدة . -

ما هو السل الطفلى ؟ - ما هو السل المتجدد ؟ - التمييز بين السل الطفلى واصابات اخرى غير درنية : النزلة الرئوية الشعبية . مرض هودجكن أو لمفادينوم . خراج فى الرئة أو المنصف الصدرى . تمدد الشميات . غدة تيموسية ملتهبة . ورم فى انساج الرئة أو نمو جديد بين الرئتين . رسوم : كلاين شمت .

## ٢٣٩ الفصل الثلاثون

بحث آخر فى التدرن الطفلى : شدة العدوى تكون بالنسبة الى كمية المكروبات التى يستنشقها الطفل . - احصاءات الولايات المتحدة . - ضرورة الانتباه الى تعقيم اللبن . - نقصان أو الزيادة فى الوزن لا يعتبر مقياساً ثابتاً . - التسبب بالوروى . - حرارة الاولاد . - ضرورة الكشف بالاشعة . - الامتحان بالتويركلين . - فحص عصارة المعدة . - مدارس الحفلاء . - الاجهاد الجسدى . رسوم : باريزو .

صفحة

## الفصل الواحد والثلاثون

٢٤٧

الاقليم والسل : هل تغيير الاقليم (المناخ) ضرورى؟- العوامل الارضية..  
العوامل الجوية .- تأثيرها على المرضى .  
رسوم : مصح بجنس ( لبنان ) .- مصح أغرآ ( سويسرا ) .

## الفصل الثانى والثلاثون

٢٥٢

القطر المصرى والسل : تطور القطر المصرى الزراعى الى صناعى ..  
الخطر من هذا التطور ومن تشجيع السياحة .. عمل جرائنه .  
رسوم : برنان - مصح حلوان .- مصح عين شمس .

## الفصل الثالث والثلاثون

٢٦١.

علاج السل غير الجراحى : يمكن شفاء السل .. فى المنزل أو فى المصح؟-  
الاقليم .- تقسيم ايمان للاصابات .. تقسيمنا لها تحت العلاج ..  
التغذية .- غذاء جرسون زوربروخ هرمزدورفر بدون ملح .. فائدته  
فى مرض الذئبة .. أشعة الشمس .. مصباح ثانى أو أكسيد السليكون المتبلور ..  
دم الخيول .. دم السلاحف .. التضاد الكحولى .. المواد الدهنية أو  
الزيتية .- البروتيدات .. محلول الفحم .. التوبركلين ( تحت الجلد . بين  
طبقتى الجلد . داخل الوريد . الدلك ) .. العقاقير الطبية .. النبأ الاخير  
عن استعمال البزموت .

رسوم : زوربروخ - برار - كمنز - مورير - انفرشت - كوير .

## الفصل الرابع والثلاثون

٢٨٦

علاج السل الرئوى بحقن الهواء في تجويف البلورا : الجهاز اشكال مختلفة متعددة. - طريقة اجراء عملية حقن الهواء. - الاخطار. - دروس. رسوم : فورلاني.

رسوم أشعة : حقن الهواء وانقلاب الحادة الى جاورسية. - حقن الهواء وحدث ثقب وانقلاب في المنصف الصدري. حفرة في الرئة اليسرى لم تمكن من علاجها بحقن الهواء. عولجت باستئصال الاضلاع.

حقن الهواء عبثا لكثرة الالتصاقات في تجويف البلورا الايسر. - عولجت باستئصال الاضلاع.

## الفصل الخامس والثلاثون

٣٠٠

علاج السل الرئوى الجراحي :

١ - قطع الالتصاقات. - العدد التى تستعمل. - دروس. ب - قطع عصب الحجاب الحاجز. - خطأ قطعه في الجهتين من العنق. - لا يجب قطعه في الجهتين الا نادرا جدا. - دروس. ت - حشو الرئة. - بماذا نملأ الحفر في الرئة. - لا يعمل على هذه الطريقة العلاجية كثيرا. - دروس.

ث - استئصال الاضلاع أو رفع الصدر. - خارج البلورا ودخلها. - بعض الاضلاع أو كلها. - نستأصل الاضلاع عادة من أسفل الى أعلى. - صعوبة استئصال الضلع الاول. - الطريقة الالمانية. - "طريقة الفرنسية".

رسوم أشعه :

- ١ - التصاقات تمنع هبوط الرئة بمقن الهواء في تجويف البلورا . - هبوط الرئة الكامل بعد قطع الالتصاقات .
- ٢ - حفرة في أعلا الرئة اليمنى تحت الترقوة . - اختفاؤها بعد قطع العصب وارتفاع الحجاب الحاجز .
- ٣ - حفرة في أعلا الرئة تحت الترقوة . - كيف تظهر بعد حشوها .
- ٤ - حفرتان في الرئة اليسرى . - عولجت باستئصال الاضلاع اليسرى .
- ٥ - استئصال الاضلاع من ١-٨ . - استئصال الضلع الاول (عملية جرافشه).
- ٦ - حادثة ارتشاح صديدي أيمن . - واصابة عمومية يميني ( تظهر لكثرة التفلس والشد الذي نقل القلب ، كآتها اصابة يسرى ) .
- ٧ - علاج الارتشاح الصديدي بعملية أولى ، خارج البلورا ، لا - اتصال الاضلاع . انما لم تبط الرئة هبوطا كاملا .
- أجريت عملية ثانية داخل البلورا فبطت الرئة هبوطا كاملا .
- ٨ - علاج الاصابة العمومية بتقطع واستئصال جزء من عصب الحجاب الحاجز . - ثم بعد ستة شهور استئصلت الاضلاع .

فهرست رسوم الاساطين كما جاء بالحروف الهجائية الافرنجية

الاسم	صفحة	الاسم	صفحة	الاسم	صفحة	الاسم	صفحة
اقرشت	٢٧٩	جرانشه	٢٠٦	شاول	٥١	اباطه	٢٢
رانكه	٧٧	كلانشمت	٢٣٥	كمنز	٢٢١	الكساعدر	١٢٤
روليه	١٥٧	كوخ	١٢	دليل	٢٢٠	برار	٢٦٧
زودبروخ	٢٦٣	كوير	٢٨٣	فاسن	١٤٣	برنارد	١٨٣
فالتس	٢٧	مورير	٢٧٥	فوتلس	١٦	برنان	٢٥٢
فيرشو	٣٣	باريرو	٢٤١	فورلايني	٢٨٧	كالت	٣٩

### CHAPTER XXXIV

- 268 **Artificial Pneumothorax.** First used by Forlanini, whose famous Institute stands now in Rome ... Various kinds of apparatus... Technique... Indications... Dangers... Results... Portrait : Forlanini.

Films : Infection turning Military after Pneumo induction...  
Mediastinal Hernia after induction of Pneumothorax...  
Cavity in left lung, not collapsible by Pneumo... Treated by resection of ribs... Too many adhesions...  
Treated by Thoracoplasty.

### CHAPTER XXXV

- 300 **Surgical Treatment of Lung Tuberculosis.**

- 1) Resection of Adhesions : Jacobsen in Oslo .. Difference between German, American and Swiss methods.
- 2) Extraction of the Phrenic nerve (Exarèse) .. Stuartz of Vienna .. Method of operation... Double Exarèse not advisable ...
- 3) Plombage. Not very efficacious as a cure for Tubercular cavities...  
Efficacious for non-tubercular Brochiectasis of the base of the lung.
- 4) Thoracoplasty : Estlander, the father of this surgical method... It is the last resort... Extra-pleural, Intra-pleural... We generally operate from below upwards .. German methods... French Methods.

Films : Incomplete collapse caused by pleural adhesions. —  
Complete collapse after resection of adhesions.  
Cavity in right lung... Disappearance after Exarèse.  
Cavity of right lung... How it appears after Plombage.  
Two cavities in left lung... Treated by Thoracoplasty.  
Thoracoplasty from 8th to 1st rib.  
Graffsche Plastik (Extraction of 1st rib).  
Right Empyema... General lung infection.  
Empyema treated by Extra-pleural Thoracoplasty, leaving a « Rest-Höle ».  
Operated again Intra-pleural ; disappearance of the « Rest-Höle » and perfect collapse.  
The general lung infection was treated by Exarèse, in preparation to Thoracoplasty... Six months later, Thoracoplasty performed and perfect collapse attained.

P. S. Chapter 1st - Page 21 : Moch's Granules should be written Much's.

كل نسخة غير موقع عليها بخط المؤلف تعتبر مسروقة ويعاقب حاملها .

Syphilis (aids Tuberculosis during its own First and Second stages)... Malaria... Diabetis... Asthma.

#### CHAPTER XXVIII

- 220 **Infantile Tuberculosis.** Difference between Preventoria and Sanatoria... Œuvre Grancher... B. C. G... Who should and who should not be inoculated... Visiting sisters... Three types of glandular tumefaction in the chest... Three types of lung infiltration.  
Portrait : Armand Delille.  
Films : Sternal clavicular right... Sternal clavicular right proceeding downwards... Sternal clavicular left proceeding downwards... Bronchiectasis and Lipiodol or Iodipin instillations.

#### CHAPTER XXIX

- 232 **Infantile Tuberculosis in Adults.** Three infantile forms... Symptoms are multiple... Found in non-sensitized races and Hybrids... Differences between Infantile and Adult types... Difference from other non-tuberculous affections. (Hodgkins' Disease, Abscess, Thymus inflammation, Growth, etc).  
Portrait : Kleinschmidt

#### CHAPTER XXX

- 239 **Further Remarks about Infantile Tuberculosis :** Strength of infection is proportional to quantity of microbes inhaled... Statistics... Children, Schools and Tuberculosis... Parisot and preventoria... Milk pasteurization... Loss or gain of weight is not always a sure index... Necessity of X Rays' examination... Tuberculin Test... Examination of stomach juice and Armand Delille... Open air schools... Bodily fatigue.  
Portrait : Parisot.

#### CHAPTER XXXI

- 247 **Climate and Tuberculosis.** Meteorological Factors... Earthly Factors... Influence upon patients... Change of climate is not always necessary.  
Illustrations : Béhanés Sanatorium (Lebanon)- Agra Sanatorium (Switzerland).

#### CHAPTER XXXII

- 252 **Egypt and Tuberculosis.** Sociological, economical, racial studies and Tuberculosis.  
Illustrations : Helwan Sanatorium, near Cairo... Ain - Shams Sanatorium, Cairo Suburbs.  
Portrait : Burnand (First Director of Helwan Sanatorium).

#### CHAPTER XXXIII

- 261 **Non-Surgical Treatment of Tuberculosis.** Where to treat the patient... Climate... Inman's classification... Our classification for treatment... Food (saltless)... Sun treatment... Ultra-Violet lamp... Gold solutions... Serums... Antigène Methyl-lique... Coal and charcoal solutions... Tuberculine (intracutaneous, subcutaneous, rubbing)... Medicinal.  
Portraits : Sauerbruch ... Bérard ... Maurer ( Paris ... )  
Cunningham Haveright Kuttier



Lymphatic Glands.. Alimentary Canal : (Stomach, Small Intestines, Villi : Ulcerous type, Cæcal tumour... Large Intestines: (Tuberculosis of the Cæcum, Appendix, Anus).

### CHAPTER XIX

- 173 **Heart and Tuberculosis.** Condition... Position... Secondary infection.. Tubercular Pericarditis ... Tubercular Myositis... Tubercular Endocarditis.

### CHAPTER XX

- 176 **Tuberculosis of the Eye, Ear and Nerves.** Eye infection : (Conjunctiva, Cornea, Retina, Optic Nerve, Orbit)... Ear: (external, middle, internal)... Nerves: (Neurone, Axis sheath).

### CHAPTER XXI

- 179 **Tuberculous Meningitis.** Dura Mater... Pia Mater.. Leptomeninges... Extension through : blood, lymph... Differentiation between inflammatory condition and military infection... Cheney-Stokes-Respiration... The three stages of : Excitation, Compression, Paralysis... Frequent in small children... Hubschman's statistics : High frequency of military cases accompanied by Tuberculous Meningitis according to age. Difficult to cure... Allay pain, sustain hope .. Portrait : Léon Bernard.

### CHAPTER XXII

- 187 **Tuberculosis of the Larynx.** False and true vocal cords... Infection of four kinds : Congested, swollen, inflamed, ulcerated... Differentiation between : Cancer, Syphilis and Tuberculosis.

### CHAPTER XXIII

- 193 **Tuberculosis of the Urinary Tract.** What is the kidney.. Tuberculous Nephritis (Military, primary, ascending)... Differentiation between Calculus and Tuberculosis.. Tuberculous Cystitis... Tuberculous Urethritis and Prostate .. We may find Military Tubercles ... Abscesses... Urinary Tract Tuberculosis is, generally secondary and, in the male, related to Genital Organs' tuberculosis... Symptoms... Treatment.

### CHAPTER XXIV

- 200 **Tuberculosis of the Genital Organs.** In the Female : Fallopian tube (most attacked)... Ovary.. Placenta... Infection in the Female is independent of the Urinary Tract. In the Male : Testicle, Epididymis, Prostate, Seminal Cord, Seminal Vesicles... In the male, the Urinary Tract is generally affected as well.

### CHAPTER XXV

- 206 **Tuberculosis and Marriage.** When should tuberculous people marry ?.. The Female .. The Male .. We should sterilize tuberculous women.  
Portrait : Grancher.

### CHAPTER XXVI

- 211 **Glands with Internal Secretions and Tuberculosis.** Thyroid.. Parathyroid... Pituitary (Hypophysis)... Pineal... Thymus Suprarenals.

External by Contiguity. Self-infection. Through blood... Lupus Vulgaris : (Lupus carcinoma, visceral infection, exacerbations).. Tuberculosis luposis miliaris disseminatæ faciei... Verrucous.. Vegetating... Scrofuloderma (primary, secondary)... Lichen Scrofulosorum ... Papulo pustulosa acnitis.. Granuloma annulare... H. Gougerot-Paris.  
Illustrations : Lupus Vulgaris .. Leprous Tuberculosis .. Tuberculosis Luposis Miliaris Disseminatæ Faciei.

### CHAPTER XIII

- 123 **Tuberculids.** Relation between internal tuberculous infection and Tuberculids.. Lupus Pernio Proper... Lupus Pernio in Patches.. Nævus Pernio... Advanced Chilblains.  
Portrait : Alexander.

### CHAPTER XIV

- 131 **Vague Cutaneous Tuberculosis.** Multiple Benign Sarcoid of Bœck .. Tuberculosis Indurativa... Erythematous Lupus... Seborrheica Congestiva or Lupus Erythematosus of Hebra.  
Illustrations : Erythema Nodosum... Erythematous Lupus.

### CHAPTER XV

- 139 **Treatment of Cutaneous Tuberculosis.** Common sense necessary.. Nine methods : Extirpation, Curettage, Scarification, Heat-cautery, Finsen therapy, Radiotherapy, Medicinal, Antigène Méthylque, Saltless food. Cevey and Schaller in Lausanne and Tuberculine... Explanation of : Finsen Arc Lamp, Kroymayer Lamp, Yesslonneck Lamp, Bucky Limited Rays Apparatus.  
Portrait : Finsen.

### CHAPTER XVI

- 149 **Bone Tuberculosis.** Secondary infection during dissemination period from lesion in body... Reaches the bone through Blood, Contiguity. Forms are : Periostitis, Ostitis, Osteomyelitis, Arthritis (effusion, granulation, caseation)... Wiese's table according to age and various joints... Bursae and Tendons.

### CHAPTER XVII

- 156 **Further studies about Bone Tuberculosis and their Treatment.** Importance of X Rays in the differential diagnosis of Bone affections ... Climate... Heliotherapy... Rollier in Leysin... Saltless food... Antigène Méthylque... Gold solutions and Tuberculine useless.. Bier's Hyperæmia... When to amputate .. Amyloid degeneration... What we seek in Arthritis... False explanation of Pott's disease and tuberculous Hip-joint.  
Portrait : Rollier.

### CHAPTER XVIII

- 162 **Tuberculosis of some important Internal Organs.** Peritoneum : (Local, general, dry, exudative)... Severe during menstruation .. Frequent in young girls... Liver : Secondary infection, cirrhosis; amyloid, fatty degenerations; miliary, disseminated, caseous ... Pancreas; Incurable Diabetis... Spleen: Amyloid degeneration, secondary to Miliary infection...

## CHAPTER V

- 62 **Hæmoptysis.** Caused by : Cavity formation in new cases... Tearing of fibrous tissue in old cases... When does Hæmoptysis occur ? Treatment.  
Films : New cavity causing Hæmoptysis... Old cavity not causing Hæmoptysis.

## CHAPTER VI

- 68 **The three stages of Phthisis.** Wrong explanation of these stages by the public... We owe them to Ranke... Conception corrected by Redeker... Primary Complex (Inoculation)... Sensibilisation (Dissemination)... Resistance (Calcification)...  
Portrait : Von Ranke.  
Films : Primary complex... (1st stage)... Apex Calcification. (3rd Stage)... Früh-Infiltrat... Evolution of this infiltration. (2nd stage).

## CHAPTER VII

- 80 **Tuberculous Pleuritis** (Tuberculosis of the Pleura). Predisposing causes... Primary... Secondary... Dry... Wet : (Serous, sero-fibrinous, purulent, sterile, mixed, septic)... Perforation of the lung.  
Films : Right side Empyema... Treated by Thoracoplasty.

## CHAPTER VIII

- 89 **Spontaneous Pneumothorax.** Atmospheric air in pleural cavity, after tearing of visceral pleural layer and superficial lung tissue... Used and amplified (when possible) as artificial pneumothorax... Of little usefulness but of great dangers.  
Films : Case No. 1... Case No. 2.

## CHAPTER IX

- 93 **Further remarks about pleural inflammations and their treatment.** Effusion collects in different parts of the chest... Interlobar effusion... Fixation of lung... Fibrosis... Displacement of heart... What causes effusion to appear in pleural cavity : ( air inflation, cold, tuberculosis, septic infection)... Differentiation... When should we draw the effusion and when should we refrain... Three rules to lessen effusion... More effusion during menstruation... What to do in lung perforation.

## CHAPTER X

- 98 **How to evade the Disease.** Hungary and Tuberculosis... its causes.. Some predisposing causes to Tuberculosis : - The neglected cold... (Treatment of new and old colds) . Chlorosis . Simple and Pernicious Anæmia... Scrofula.

## CHAPTER XI

- 107 **Extra-Pulmonary Tuberculosis.** Cutaneous Tuberculosis (Tuberculosis of the skin) divided into three parts :  
1: Cutaneous proper... 2: Tuberculids... 3: Uncertain Cutaneous.

## CHAPTER XII

- 108 **Cutaneous Tuberculosis Proper.** Three ways of infection:

# Synopsis of the important topics treated in this first Arabic Work on Tuberculosis.

## Pages

- 3 Dedication.
- 5 In Memory.
- 7 Preface.
- 9 What is Tuberculosis ?

## CHAPTER I

- 11 **General.** Wrong conception of the Disease by the Public. Appearance of the Bacillus under the Microscope... Its life... Its resistance... Type Koch is visible... Its Habitat... Methods of contamination... Type Fontès is invisible... Virus-Filtrant... Much's Granules are the boundary line. Diseased mothers... Infection of Fœtus... Difference from Syphilis... What S.L Cummins of Cardiff says about the harmlessness and the harmfulness of the Bacillus in our System... Races react differently.

Portraits : Koch, .. Fontès.

## CHAPTER II

- 24 **Age and Infection.** Infection is of three kinds : Fulminating. Latent active. Latent inactive... Puberty is the danger period... Statistics for Egypt up to 1937... What has been accomplished in Egypt to fight this disease.

Portraits : Valtis... Abaza.

## CHAPTER III

- 32 **How to evade the Infection.** Two ways : **Physiological.** The Miliary Tubercle . B.C.G. Vaccine... Information of the League of Nations' Health Committee... Which children should we vaccinate?... The Lubeck Story... Kleinschmidt in Cologne and Tuberculine... **Local :** Calcium... Vitamines... Gold preparations... Inefficiency of coal and charcoal preparations Tuberculosis in miners... Chalicosis ... Silicosis.

Portraits : Virchow... Calmette.

## CHAPTER IV

- 45 **Phthisis or Lung Tuberculosis.** Beginning in childhood (Primary Complex)... Reappearing in Puberty (Dissemination)... Effect of Sexual Development?... Sensibilisation and Koch's Phenomenon... French divisions since Lœnnec... Léon Bernard's teachings ... Infection begins mostly in upper part of right lung... Why?... Diseased apex means diseased deep tissues... X Rays' examination necessary in suspected cases... H Chaoul in Berlin and X Rays... The German Früh-Infiltrat... The French Tramites, Sequels, Marbrures... Pneumonic infiltrations... Cavities... Fibrous tissue formation... etc.

Portrait : Chaoul.

Films : Healthy lungs... Hilar glands... Exudative.. Productive... Interlobar abscess... Actinomycosis... Cicatri-

## Alphabetical Index of Portraits

---

<u>Name</u>	<u>Page</u>	<u>Name</u>	<u>Page</u>
Abaza	27	Grancher	206
Alexander	124	Kleinschmidt	235
Bérard	267	Koch	12
Bernard	183	Kuljjer	283
Burnand	253	Maurer A. (Paris)	275
Calmette	39	Parlsot	241
Chaoul	51	Ranke	77
Cummins	271	Roller	157
Delille	220	Sauerbruch	263
Finsen	143	Unverricht	279
Fontès	16	Valtis	27
Forlanini	287	Virchow	33

# TUBERCULOSIS

IS :

1. **Acquired**, through the visible Microbe (1), which spreads itself mostly by sputum, from the diseased to the healthy.
2. **Inherited**, through the invisible Virus-Filtrant (2), which reaches the Fœtus from the diseased mother, by way of the Placental circulation.

The Acquired Form is more widely spread and more virulent than the Inherited.

---

(1) Type Koch.

(2) Type Fontès.































